La PLANIFICATION RÉGIONALE

des services sociaux et de santé

ENJEUX

politiques et méthodologiques

Sous la direction de

Mireille Tremblay
Hung Nguyen
Jean Turgeon

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

102-02002/

La PLANIFICATION RÉGIONALE

des services sociaux
et de santé

BIBLIOTHÈQUE ADMINISTRATIVE
Relations avec les citoyens et de l'Immigration
Éléments de catalogage avant publication

La Planification régionale des services sociaux et de santé : enjeux politiques et méthodologiques / sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen, Jean Turgeon ; [réalisé par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle]. -- Sainte-Foy, Québec : Publications du Québec, [1996].

Bibliogr.
ISBN 2-551-17116-4

1. Santé, Services de - Décentralisation - Québec (Province) 2. Services sociaux - Québec (Province) 3. Santé, Services de - Administration - Québec (Province) I. Tremblay, Mireille. II. Nguyen, Hung. III. Turgeon, Jean. IV. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

La PLANIFICATION RÉGIONALE

des services sociaux et de santé

ENJEUX

politiques et méthodologiques

Sous la direction de

Mireille Tremblay
Hung Nguyen
Jean Turgeon

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé par
la Fédération québécoise des centres de réadaptation
pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1500D, boulevard Charest Ouest, 1er étage
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Couverture:
Vallée-Lessard, graphistes

Dépôt légal 1996
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-17116-4
© Gouvernement du Québec

Liste des auteurs

BERTHIAUME, Nicole, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

BORDELEAU, Luc, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre

CARIS, Patricia, ministère de la Santé et des Services sociaux

CHAMPAGNE, François, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

DENIS, Jean-Louis, Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

FLEURY, Marie-Josée, Université de Montréal

FORTIN, Jean-Paul, Centre de santé publique de la région de Québec et Université Laval

GROLEAU, Gisèle, Université Laval

LAMARCHE, Paul-A, Université Laval

LANGLEY, Ann, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

LEMIEUX, Vincent, Université Laval

MARANDA, Marc-André, ministère de la Santé et des Services sociaux

MORISSETT, Josée, Centre de santé publique de la région de Québec

NGUYEN, Hung, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

O'NEILL, Michel, Université Laval

PINEAULT, Raynald, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

SAUVAGEAU, André-Guy, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux

SICOTTE, Claude, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

TREMBLAY, Mireille, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

TURGEON, Jean, École nationale d'administration publique

Avant-propos

L'idée de rédiger le présent ouvrage a germé au cours du colloque tenu en mai 1993, sur les «Enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé» à l'occasion du congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS) à Rimouski. On a souhaité jeter un pont entre l'univers de la recherche et celui de la pratique afin de réfléchir ensemble sur l'évaluation méthodologique et politique des plans régionaux d'organisation de services qui devenaient alors un outil des plus populaires.

Le projet initial visant à publier simplement les actes du colloque a mué progressivement pour donner naissance à un ouvrage collectif entièrement réécrit et qui aura exigé plus de trois années d'efforts assidus. De nouveaux auteurs ont été sollicités pour cette publication, mais les participants au collectif proviennent toujours de plusieurs milieux: régies régionales, équipes de recherche universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux, association d'établissements et ministère de la Santé et des Services sociaux.

Définir les grandes orientations sociosanitaires d'une région, structurer les programmes et les services, prioriser les besoins, planifier les réallocations de ressources et les compressions budgétaires, voilà autant de tâches auxquelles les régies régionales se sont attelées avec leurs partenaires. Depuis 1993, de nouvelles pratiques ont vu le jour, qui se sont ajoutées ou parfois substituées au plans régionaux d'organisation de services. Le contexte économique des dernières années jette un éclairage nouveau sur les exigences et les contraintes de la planification régionale.

C'est pour faire le point sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale que l'ouvrage regroupe des textes tout à fait nouveaux et tente de cerner les enjeux et les défis actuels, l'expertise acquise et les conditions de réussite.

Le comité de direction et les auteurs de l'ouvrage désirent remercier les conférenciers et conférencières qui ont participé au colloque de 1993 et qui ont amorcé cette réflexion. Nous remercions plus particulièrement les membres du comité de projet qui ont supervisé les premières phases du projet et sans qui ce livre n'aurait pas vu le jour: *Jean-Paul Fortin* (Université Laval), *André Garon* (Conseil de la santé et du bien-être), *Paul Lamarche* (Université Laval), *Réjean Landry* (Université Laval), *Marc-André Maranda* (ministère de la Santé et des Services sociaux) et enfin *Lionel Robert* (Conseil de la santé et du bien-être).

Nous exprimons également toute notre gratitude à *Michelle Fleury* de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, qui a assuré le secrétariat tout au long du projet et a mis en forme le manuscrit.

Le comité de direction,

Mireille Tremblay, coordonnatrice, Hung Nguyen et Jean Turgeon

Table des matières

Introduction 1

Chapitre 1 : Décentralisation et démocratisation : des enjeux déterminants de la transformation des systèmes sociosanitaires 3
Par Paul-A. Lamarche

Contexte de la réforme 3

- Les problèmes 4
- Les causes 5
- Les solutions 5

Le rôle des régies régionales 7

- Assurer la participation de la population 8
- Élaborer les priorités de santé et de bien-être 9
- Évaluer l'efficacité des services 10
- L'allocation des ressources 11
- La santé publique 12
- L'imputabilité des régies régionales 13

Décentralisation et démocratisation 13

- La forme de décentralisation 14
- Le processus de décentralisation 15
- La gestion de la résistance 17
- La participation des communautés 17
- Le maintien de l'équité 18

Conclusion 18

Chapitre 2 : Planification centrale et régionale en santé et services sociaux : confusions autour du dispositif 22
Par Marc-André Maranda

La longue construction d'un discours sur le changement pour subitement y être confrontés 22

Un dispositif pourtant cohérent avec des objectifs explicites pour chacun des instruments qui le composent 25

Confusions autour du dispositif et oppositions entre les instruments 27

Quelques hypothèses d'avenues à explorer 30

Chapitre 3 : Planification et transformation : comment concilier les deux bouts de la lorgnette? 33
Par Patricia Caris

L'action sur les déterminants : refaire une santé au système de soins 34

La transformation permettra-t-elle de modifier le rôle actuel du réseau? 35

L'identification des besoins : la population ou le citoyen? 36

Les résultats 38

La décentralisation : bien au-delà de la santé et des services sociaux 39

Chapitre 4 : La planification et le changement
Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec. 41
Par Jean-Louis Denis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pineault et Claude Sicotte

Qu'est-ce qu'un PROS? Trois modèles de planification 41

Le cas d'un PROS en santé mentale 43

Les enjeux dans l'affirmation du projet PROS 45
Les enjeux d'instrumentation 45
Les enjeux d'inscription 46

Conclusion 49

Références bibliographiques 50

Chapitre 5 : Les plans régionaux d'organisation de service : des outils pour la gestion des programmes 51
Par Nicole Berthiaume

1. Mise en contexte 51

2. Contenu d'un PROS 53

2.1 Identification des besoins et des objectifs prioritaires 53
2.1.1 Inventaire des caractéristiques sociosanitaires des populations et des clientèles ciblées 54
2.1.2 Détermination des besoins et des priorités 56

2.2 Répartition des services et des ressources du programme 57
2.2.1 Mesures de la disponibilité des services et des ressources 57
Inventaire des services et des ressources 57
Estimation des services et des ressources requises 58
2.2.2 Détermination d'un processus d'allocation et de réallocation des ressources 58

2.3 Planification des moyens et des conditions de réalisation 59

2.4 Élaboration d'une démarche d'évaluation 59

Conclusion 60

Références bibliographiques 62

Chapitre 6 : Orientations et priorités régionales 65
Par Luc Bordeleau

1. Priorités régionales, éléments de contexte 65

2. Lien avec la Politique de la santé et du bien-être 67

3. Démarches régionales 68

3.1 Montréal-Centre 68

3.2 Outaouais 69

3.3 Abitibi-Témiscamingue 69

3.4 Montérégie 71

Conclusion 72

Références bibliographiques 74

Chapitre 7 : La répartition interrégionale des ressources financières 77
Par Hung Nguyen

1. La méthode de répartition interrégionale des ressources 78

1.1 Évolution de la méthode 78

1.2 La méthode per capita pondéré : la répartition de compression en 1995-1996 80
1.2.1 Les préalables 80
La définition des régions 80
La structure de programmes-clientèles 81
1.2.1 Les variables de base 82
1.2.3 Application 84

1.3 La méthode « écarts régionaux » : un remaniement de la méthode « per capita pondéré » 84

2. Perspectives 85

2.1 L'équité interrégionale 85

2.2 Les indicateurs des besoins 86

2.3 Les indicateurs de coûts 87

2.4 Les perspectives 87

3. Les conditions de réussite 88

3.1 La gamme de services à offrir à l'échelle régionale 88

3.2 Les processus 89

Conclusion 92

Références bibliographiques 93

Plan de transformation du réseau 94
Programme-clientèle : santé physique 95
Programme-clientèle : déficience physique 96
Programme-clientèle : déficience intellectuelle 97
Programme-clientèle : jeunesse 97
Programme-clientèle : personnes âgées en perte d'autonomie 98
Programme-clientèle : toxicomanie 98
Programme-clientèle : santé mentale 99
Programme-clientèle : santé publique 99

Annexe 100

Chapitre 8 : La répartition intrarégionale des ressources financières 101
Par Luc Bordeleau

1. Évolution des approches intrarégionales 101

1.1 Considérations générales 101

1.2 Exemples de démarches régionales 103
a) Région de Montréal-Centre 103
b) Région de l'Outaouais 104
c) Région de l'Abitibi-Témiscamingue 105
d) Région de la Montérégie 106

Conclusion 108

Chapitre 9 : La planification régionale et les systèmes d'information 109
André Guy Sauvageau

Introduction 109

1. Les enjeux de l'informatisation 110

1.1 La démocratisation de la prise de décision 110

1.2 L'intersectorialité 110

1.3 Les objectifs de résultats et l'approche par programme 111

1.4 La territorialité 112

1.5 L'unicité et la normalisation 112

1.6 La confidentialité et la sécurité 113

2. Les domaines d'information 113

2.1 L'encadrement 115

2.2 Les informations populationnelles 115

2.3 Les informations sur les ressources consenties 115

2.4 Les informations sur les clientèles desservies 116

2.5 Les informations sur le découpage territorial 117

2.6 La gestion par programme grâce à l'exploitation conjuguée des domaines d'information 118

3. L'instrumentation 118

3.1 L'instrumentation des régies 118
L'infocentre régional 119
Les indicateurs 120

3.2 Les projets MSSS-régies 120

3.3 La gestion des banques communes et des actifs informationnels 121
La gestion des banques 121
La gestion des actifs 121

3.4 L'autoroute de l'information 122

Conclusion 122

Références bibliographiques 123

Chapitre 10 : Démocratisation et planification participative : du paradoxe à la complexité 125
Par Mireille Tremblay

Un enjeu majeur : démocratiser les services sociosanitaires 125

Santé et citoyenneté : un nouveau contrat social 125
Les plans régionaux d'organisation de services 127
Des intérêts conflictuels 128

Mais qu'est-ce que la démocratie? 131

La démocratie : un rêve en marche 131
État et régulation démocratique 132
Délégation ou participation directe? 133
Décentralisation, diffusion du pouvoir et culture 135

Du paradoxe, à la complexité 136

Définition systémique du processus de participation démocratique 137

Démocratisation et politisation du système sociosanitaire 139

Références bibliographiques 142

Chapitre 11 : Planification régionale et action intersectorielle 145
Par Jean-Paul Fortin, Paul-A. Lamarche, Gisèle Groleau, Josée Morisset, Vincent Lemieux et Michel O'Neill

1. L'action intersectorielle en santé 145

2. Trois expériences québécoises 146

2.1 Cadre d'analyse 147

2.2 Les principaux résultats 148

3. Discussion sur les conditions favorables à la réalisation d'une action intersectorielle 150

Conclusion 151

Références bibliographiques 152

Conclusion 155
Par Jean-Turgeon

Préalables à la planification régionale 155

La planification régionale : un exercice de démocratisation 157

Planification régionale et types de RRSSS 158

Les défis de la planification concertée 159

Figure 1 : une typologie des régies régionales de la santé et des services sociaux 160

Références bibliographiques 161

Introduction

Par Mireille Tremblay

Il y a déjà quelques années, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a posé un diagnostic sévère concernant le système de services «pris en otage par les corporations». Elle proposait alors une réforme en profondeur.

> [...] la Commission propose une relance et une revitalisation du système de services de santé et de services sociaux en fonction des orientations fondamentales suivantes :
>
> — un système axé sur des résultats à atteindre;
>
> — une démocratisation et une plus grande transparence des processus décisionnels, en particulier par une participation accrue des citoyens aux diverses instances du système;
>
> — une décentralisation et une meilleure adaptation aux réalités régionales;
>
> — une approche intersectorielle des problèmes de santé et de bien-être, tant au niveau local qu'aux niveaux régional et provincial;
>
> — une approche de population qui permette d'agir efficacement sur les facteurs déterminants des problèmes sociaux;
>
> — un système public sur les plans du financement et du fonctionnement[1].

Dans la foulée du rapport de la Commission, les orientations ministérielles (1989) réaffirmaient l'urgence de planifier en fonction d'objectifs sociaux et de santé et de démocratiser les services.

Ainsi, une vision globale de la santé, la rationalisation des services en fonction d'objectifs de santé, la démocratisation du système, la décentralisation des pouvoirs vers les régions, la concertation multisectorielle constituent les thèmes fondamentaux de la réforme actuelle.

D'une part, on cherche à rationaliser les services. L'efficacité devient le maître mot de la gestion des services, et l'on doit s'assurer d'atteindre des objectifs définis par les politiques ministérielles. D'autre part, on souhaite inscrire les citoyens et les citoyennes au cœur de cette réforme : *le citoyen consommateur, décideur et payeur.*

Pour atteindre ces objectifs de rationalisation et de démocratisation, la réforme a poursuivi le processus de décentralisation de la gestion des services en accordant des pouvoirs accrus aux régies régionales de la santé et des services sociaux. Ainsi, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* , en 1991, a confié aux régies régionales la responsabilité de réaliser des plans régionaux d'organisation de services (PROS) afin de recentrer le système de soins sur les besoins des personnes et favoriser la participation des différents partenaires.

---

1 Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987). Résumé du rapport, Gouvernement du Québec, p. 5.

La planification régionale fait également appel à de nouveaux outils de gestion des services de la santé et des services sociaux qui suscitent, tant sur le plan des enjeux politiques que sur celui des problèmes méthodologiques, de nombreuses interrogations. Par exemple, quels sont les intérêts et les préoccupations des différents groupes? Quelle expertise avons-nous pour affronter les problèmes de méthode, c'est-à-dire évaluer les besoins, allouer les ressources, évaluer l'atteinte d'objectifs de santé? Quel est l'avenir de la planification régionale? Rapproche-t-elle les partenaires régionaux du processus de décision?

La planification régionale des services constitue une nouvelle manière de mise en œuvre des politiques sociales. Elle peut devenir un lieu privilégié permettant la négociation d'enjeux inhérents aux différents programmes sociosanitaires.

Le présent ouvrage s'adresse à toute personne intéressée par la planification régionale des services de santé et des services sociaux : aux citoyens et citoyennes et aux personnes représentant divers groupes d'intérêt et participant aux comités de planification régionale, aux gestionnaires et aux planificateurs et planificatrices qui agissent au niveau régional ou provincial et finalement aux milieux universitaires et de recherche du réseau de la santé et des services sociaux, du secteur des politiques sociales et de l'administration publique.

Les textes sont regroupés en trois parties. Nous avons d'abord souhaité rappeler le contexte et les enjeux fondamentaux de la planification régionale des services sociosanitaires. La première partie resitue la planification régionale dans le contexte mondial (chapitre premier) et historique (deuxième chapitre) et précise les enjeux et les questions qui restent en suspens malgré deux décennies d'expérimentation et de pratique (chapitre trois).

La deuxième partie aborde les enjeux méthodologiques. Elle s'intéresse plus précisément aux méthodes et outils élaborés par ou pour les régies régionales depuis le début des années quatre-vingt-dix, période au cours de laquelle elles ont vu croître leurs responsabilités en matière de planification de services. Cette partie couvre quatre thèmes, soit les plans régionaux d'organisation de services, les orientations régionales, l'allocation des ressources entre les régions et à l'intérieur de celles-ci et les systèmes d'information.

La troisième partie s'intéresse aux conditions politiques de réussite de la planification régionale. Elle comprend un premier chapitre sur la démocratisation des services sociosanitaires et un second sur la collaboration multisectorielle.

Enfin, la conclusion propose une réflexion sur l'équilibre des pouvoirs entre le niveau provincial et le niveau régional.

Chapitre 1

Décentralisation et démocratisation : des enjeux déterminants de la transformation des systèmes sociosanitaires

Par Paul-A. Lamarche

Nous pouvons dégager un ensemble de préoccupations et d'enjeux majeurs en ce qui regarde les systèmes sociosanitaires dans le monde. Ces mêmes enjeux ont présidé à la reformulation des objectifs et à la réorganisation du système soiosanitaire québécois.

La décentralisation des services sociaux et de santé constitue la pierre d'assise de la réforme en cours. Les régies régionales et particulièrement les membres des conseils d'administration des régies sont appelés à jouer un rôle important dans la transformation de notre système de santé et de services sociaux. C'est sur eux que repose une bonne partie de la réussite de cette transformation. Cependant, beaucoup reste à faire surtout si l'on songe à la montée au Québec de ce que l'on pourrait appeler la « contre-réforme ».

La démocratisation fait partie de la solution et non du problème en ce qui a trait à la transformation des systèmes sociosanitaires non seulement au Québec, mais dans toutes les provinces canadiennes et dans tous les pays industrialisés. La participation de personnes représentant les citoyens et les citoyennes aux conseils d'administration des régies régionales peut contribuer à démocratiser le système québécois de la santé et des services sociaux.

Cependant, l'apprentissage de cette démocratie nouvellement acquise ne se fait pas sans difficulté. Certaines tentations guettent les régies régionales dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions. Si ces tentations deviennent trop fortes et si les régies y succombent, elles risquent alors de devenir une des causes mêmes des problèmes qu'elles devaient contribuer à résoudre.

La réflexion qui suit tente de resituer la réforme et les changements importants qu'elle propose dans une perspective internationale, de clarifier le rôle et les attentes du législateur à l'égard des régies régionales de la santé et des services sociaux. Elle permet également de mieux comprendre certains enjeux majeurs associés à la décentralisation et à la démocratisation des services sociaux et de santé[1].

Contexte de la réforme

Pour décrire ce contexte, j'aimerais développer trois points : 1) les problèmes 2) les causes et 3) les solutions. C'est-à-dire les problèmes auxquels le système québécois devait et doit toujours faire face, les diagnostics posés quant aux causes de ces problèmes, et enfin les pistes de solutions envisagées. Ce faisant, j'aimerais situer le Québec par rapport à ce qui se passe dans les autres provinces canadiennes et dans les pays industrialisés.

---

1 Le texte qui suit est extrait de deux conférences présentées respectivement lors du Colloque de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux sur la régionalisation et les finances de l'État du 12 février 1994 et dans le cadre de la Première conférence canadienne sur la santé internationale, tenue le 13 novembre 1994, à Ottawa, lors d'un atelier portant sur les enjeux de la décentralisation.

Le Québec n'est pas le seul à sérieusement remettre en question le fonctionnement, le développement et le financement de son système. C'est une vague de fond qui touche toutes les provinces canadiennes et tous les pays industrialisés. Ce questionnement n'est pas causé, contrairement à ce que l'on pense généralement, par l'état des finances publiques. Il est engendré par une remise en cause de la dynamique de fonctionnement et de l'efficacité de nos systèmes de santé et de services sociaux. L'état des finances publiques ne fait qu'intensifier la remise en question du système actuel.

Les problèmes

Le système de santé et de services sociaux québécois fait l'objet de critiques de plus en plus sévères. Le questionnement auquel fait face le système québécois est sensiblement le même que celui auquel doivent répondre tous les systèmes de santé des provinces canadiennes, des États-Unis et des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

Cette remise en question tourne principalement autour de quatre axes :

— Tous les pays trouvent que leur système de santé coûte cher, indépendamment des coûts réels. C'est vrai aux États-Unis avec 14 % du produit intérieur brut (PIB) investi dans les services de santé, au Canada avec 10 % du PIB, en Allemagne avec un peu plus de 8 % ou en Angleterre et au Japon avec 6 %.

— Tous les pays trouvent que leur système de santé a de la difficulté à répondre aux besoins de la population, c'est-à-dire qu'il a de la difficulté :

- à s'adapter aux problèmes en émergence tels le SIDA, la violence et l'itinérance;
- à répondre aux besoins des groupes en forte croissance comme les personnes âgées, les jeunes en difficulté d'adaptation ou les communautés culturelles;
- à desservir la population là où elle se trouve, particulièrement les populations des régions éloignées ou celles des quartiers défavorisés des centres-villes;
- à ne pas trop faire attendre les clients pour l'obtention de services.

— Tous les pays trouvent que la dynamique de leur système est inflationniste, c'est-à-dire qu'elle incite à une production de plus en plus grande de services, des services de plus en plus complexes et de plus en plus coûteux.

— Enfin, tous les pays remettent en question la capacité des services de réellement contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Cette remise en question n'est pas limitée au Québec. Elle s'installe dans tous les pays dits développés, indépendamment de la situation économique et de l'état des finances publiques. Le système sociosanitaire québécois participe à cette remise en question généralisée.

Les causes

On peut relever plusieurs causes à ces problèmes:

— Aucune commission d'enquête d'aucune province canadienne ni d'aucun pays industrialisé n'inscrit le manque de financement comme cause première des problèmes auxquels leur système doit faire face. Au contraire, plusieurs mentionnent explicitement qu'ajouter plus d'argent pour faire plus que ce que l'on fait actuellement et de la même manière ne réglera pas les problèmes de fonctionnement de nos systèmes et sera complètement inefficace sur le plan de l'amélioration de la santé de la population.

— Aucune commission d'enquête d'aucune province canadienne ni d'aucun pays industrialisé ne note non plus le comportement ou l'attitude des consommateurs comme cause première des problèmes et particulièrement de celui des coûts, même si certains abus sont dénoncés. Il est estimé que les décisions des consommateurs influencent directement au plus 10 % des coûts des services de santé. Le 90 % restant relève des producteurs de services.

— Toutes les commissions d'enquête de toutes les provinces canadiennes et de tous les pays industrialisés considèrent que les causes des problèmes sont à l'intérieur et non à l'extérieur des systèmes de services de santé. Ce qui est particulièrement pointé du doigt sont :

- la gestion de nos systèmes qui est qualifiée de centralisée, bureaucratisée, rigide, incapable d'assurer la complémentarité des services entre les établissements, etc.;
- le nombre, la pratique, la rémunération et le monopole des médecins;
- l'institutionnalisation et les pratiques hospitalières;
- les pratiques commerciales des fournisseurs, particulièrement des compagnies pharmaceutiques.

C'est donc l'appareil de production de services qui est partout pointé du doigt plutôt que les comportements des consommateurs et le manque de financement. D'ailleurs, le diagnostic global établi par la commission Rochon pointe exactement dans la même direction.

C'est donc sur la réforme des systèmes de production de services que porte l'essentiel des efforts des pays pour solutionner les problèmes auxquels font face les systèmes de services de santé. À cet égard, le Québec ne fait pas exception.

Les solutions

Les solutions varient d'un pays à l'autre et d'une province à l'autre. Mais certaines constantes se dégagent.

Une **première constante** est la redéfinition des objectifs des systèmes de services de santé et des services sociaux. Trop longtemps les systèmes ont poursuivi des objectifs d'accessibilité à des services de qualité. Aussi noble puisse être cet objectif, sa poursuite a tellement imprégné notre réseau au cours des dernières décennies qu'on en est même venu à oublier la raison d'être même de ces services, à savoir solutionner les problèmes de santé et de bien-être de la population. C'est pourquoi on a remplacé les objectifs d'accessibilité à des services de qualité par des objectifs de résultats, c'est-à-dire des objectifs de réduction de problèmes précis de santé et de bien-être. Au Québec, cette redéfinition des objectifs a donné lieu à la formulation de la Politique de la santé et du bien-être.

Une **deuxième constante** est la démocratisation de la gestion des services de santé. Sous des formes différentes, partout on tente de donner plus de pouvoir de décision aux citoyens. Au Québec, cette démocratisation a donné lieu entre autres à la recomposition des conseils d'administration où les citoyens et les citoyennes jouent un rôle accru.

Une **troisième constante** est la décentralisation. Sous des formes différentes, partout, on tente de ramener le pouvoir de décision le plus près possible du terrain et de l'action, non pas uniquement pour des raisons idéologiques, mais aussi, et possiblement surtout, pour des raisons d'efficience. Au Québec, cette constante s'est concrétisée entre autres par le remplacement des conseils régionaux de la santé et des services sociaux par les régies régionales dotées de pouvoirs accrus.

Une **quatrième constante** est le repositionnement de la pratique médicale dans la production des services de santé. Les mesures les plus fréquemment utilisées sont :

— la réduction du rythme d'accroissement du nombre de médecins pour, à tout le moins, le rendre proportionnel à l'accroissement de la population. Le nombre de médecins au Québec continue de s'accroître sept fois plus rapidement que la population;

— la formation de spécialités primaires en réduisant la formation de spécialités tertiaires;

— l'utilisation de modes de rémunération qui n'incitent pas, ou tout au moins ne donnent pas l'apparence d'inciter, à la production de services, comme c'est le cas pour la rémunération à l'acte;

— une meilleure répartition de l'effectif médical;

— la révision de l'organisation de la pratique professionnelle pour faciliter l'utilisation de solutions de remplacement aux médecins. Aux États-Unis, il est suggéré d'accroître la pratique des infirmières cliniciennes, des aides-médecins et des sages-femmes et d'enlever les obstacles à leur pratique. Ici, cela impliquerait de revoir la loi des professions et la loi médicale.

Toutes ces mesures ont déjà été avancées au Québec soit par Jean Rochon, Thérèse Lavoie-Roux ou Marc Yvan Côté. Beaucoup reste encore à faire. Pour s'en convaincre, on a juste à se rappeler le débat entourant les projets pilotes de sages-femmes; sages-femmes qui existent bel et bien et dont les mérites sont reconnus dans tous les pays industrialisés.

Une **cinquième constante** est le repositionnement de la pratique hospitalière dans la production des services de santé. Partout, on tente :

— de mettre sur pied des mesures alternatives à l'institutionnalisation;

— de stabiliser ou de réduire le nombre de lits de soins aigus;

— d'assurer un suivi plus serré de l'utilisation et de la gestion des ressources hospitalières.

À cet égard, le Canada a beaucoup à faire en comparaison avec d'autres pays industrialisés et le Québec comparé aux autres provinces. Le Canada semble être le pays du G7 qui montre le plus haut pourcentage de ses dépenses totales en services de santé aux établissements. Il y consacre 50 % comparativement à 46 % aux États-Unis et à la France, et à 37 % en Allemagne[2].

---

2 *Le système de santé américain à la croisée des chemins* (1992), OCDE.

Au Canada, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, c'est au Québec que les dépenses per capita des services en établissement et particulièrement en centre hospitalier sont les plus élevées[3].

Une **sixième constante** est la gestion plus rigoureuse de tout le développement technologique et particulièrement des médicaments. Ces derniers constituent au Québec le secteur dont les coûts sont en plus forte croissance. Pour contrer la hausse de ces coûts, les recommandations visent, au Canada, la création d'un système d'information permettant de suivre la consommation.

Aux États-Unis, les recommandations visent aussi la vérification de la justesse des prix des médicaments. Il ne suffit pas de se demander comment on va payer 12 000 $ pour le Taxol; il faut aussi se demander s'il est juste et raisonnable de payer 12 000 $ pour ce médicament.

Une **septième constante** concerne le développement des services de première ligne. S'il y a une recommandation qui fasse l'unanimité au Canada, c'est bien le développement ou la consolidation de la première ligne.

Pour assurer ce développement, la tendance n'est pas d'injecter de nouveaux budgets, mais de transférer des ressources des établissements, particulièrement des hôpitaux, vers la première ligne.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les services de première ligne font partie de la solution et non du problème en ce qui a trait à l'avenir des systèmes de santé et des services sociaux dans un contexte de finances publiques difficile.

Une **huitième et dernière constante** concerne l'évaluation de la contribution des services à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Il faut pouvoir connaître l'apport des services de santé et des services sociaux pour régler les problèmes de santé et de bien-être de la clientèle et améliorer la santé et le bien-être de la population. Sans une connaissance assez précise de cette efficacité, comment peut-on arbitrer la multitude de demandes et comment peut-on décider de l'allocation et de la réallocation des ressources?

C'est donc dans ce contexte québécois, canadien et international qu'a été conçue la réforme au Québec. C'est aussi dans ce contexte que le rôle des régies régionales a été défini.

Le rôle des régies régionales

Dans le cadre de la réforme québécoise, les régies régionales ont été conçues comme un des éléments essentiels à la redynamisation de notre système. Les régies sont la pierre angulaire de la réforme. Elles ont été créées pour devenir les maîtres d'œuvre du développement et de l'organisation des services sur leur territoire. Mais cela est la conséquence et non le fondement de leur rôle. Le fondement réside dans la démocratisation de notre système.

Il était devenu clair pour tous que l'une des raisons majeures des difficultés auxquelles devait faire face notre système était, comme l'avait si bien dit la commission Rochon, l'absence de mécanismes démocratiques pour arbitrer la multitude de demandes, souvent contradictoires, des différents groupes d'intérêt qui occupent le réseau de la santé et des services sociaux. Malgré la meilleure volonté du monde, le Ministère ne pouvait pas faire ces arbitrages pour chacun des coins du Québec. Les régies ont donc été conçues pour constituer ces forums démocratiques d'arbitrage.

---

3 Indicateur sur la Santé, Statistiques Canada, 1992, tableau 102.

Quatre conditions étaient essentielles pour permettre aux régies de jouer ce rôle adéquatement.

— La première était de donner aux régies la marge de manœuvre requise pour adapter les politiques nationales aux réalités particulières de leur régions. C'est ce qui a été fait en demandant aux régies d'adopter les priorités régionales et de veiller à l'organisation des services sur leur territoire.

— La deuxième condition était de donner aux régies les moyens et les pouvoirs de mettre leurs décisions en application. C'est ce qui a été fait en leur confiant la responsabilité de l'allocation des ressources.

— La troisième condition était de ne plus limiter les débats aux seuls initiés du réseau ou aux personnes ou groupes intéressés financièrement aux conclusions de ces choix. C'est pour cela que la réforme a voulu que des citoyens et des citoyennes participent à ces débats et que ceux-ci se fassent publiquement.

— La quatrième condition, et peut-être la plus importante, était que pour être crédibles, légitimes et acceptés par la région, ces débats, ces choix et ces arbitrages devaient être faits par des personnes choisies par la région et provenant de la région. C'est de là que provient la légitimité des régies régionales.

C'est dans ce cadre et pour ces raisons que des tâches précises ont été confiées aux régies régionales.

La section suivante présente brièvement les attentes de la réforme à l'égard des régies régionales dans l'accomplissement de certaines fonctions et met en lumière certaines tentations qui les guettent. Si les régies succombent trop fréquemment et trop hardiment à ces tentations, elles risquent de fournir des preuves aux détracteurs de la réforme et des régies.

Assurer la participation de la population

Un des ingrédients importants de la réforme est la participation de la population à la gestion du réseau. Cette participation est jugée essentielle pour plusieurs raisons.

Les services sont destinés aux citoyens et aux citoyennes qui, de toute façon, en défraient les coûts. Alors pourquoi ne serait-ce pas les citoyens et les citoyennes qui en décideraient les orientations?

La démocratisation du système de santé et de services sociaux est la réponse que la réforme a apportée au diagnostic de la commission Rochon, à savoir que le système est pris en otage par des groupes d'intérêt. Par la participation de la population, la réforme a voulu créer une base démocratique d'arbitrage et de choix collectifs.

Les débats et les enjeux entourant la santé et le bien-être ainsi que les choix à effectuer dans les services de santé et les services sociaux doivent être connus par la population et le public et leur être accessibles. Pour que ces choix soient crédibles, légitimes et compris, il est important qu'ils soient discutés, débattus et effectués publiquement. Plusieurs mécanismes ont été prévus à cette fin dans la réforme : élection de citoyens et de citoyennes aux conseils d'administration des établissements et des régies, réunions publiques des conseils d'administration, périodes de questions pour le public, etc.

La tentation peut être forte pour les régies régionales de faire en sorte que ces débats, ces enjeux ou ces choix ne s'effectuent pas aussi publiquement que possible ou qu'ils continuent de se faire en vase clos, à l'abri des regards et des questions du public et des médias, sous prétexte de bonne gestion, d'intérêt public, de cohésion sociale ou, encore, de discrétion, d'harmonie et de solidarité avec les partenaires.

Il y a au moins deux moyens à la disposition des régies pour éviter que les débats se fassent publiquement. La première se situe au niveau du discours. Il est toujours possible de tenir des discours publics qui ne soulèvent aucun débat ou enjeu, qui nient l'existence même de ces débats ou enjeux, qui diminuent tellement leur portée qu'ils perdent toute valeur ou tout intérêt public, qui font en sorte que chacun y retrouve ce qu'il veut entendre ou encore qui expriment certaines choses quand les vraies décisions se prennent sur d'autres bases.

La deuxième façon est que les réunions des conseils d'administration qui comptent vraiment ne soient pas celles qui se tiennent publiquement.

En agissant ainsi, les régies risquent de diminuer grandement la portée prévue par la réforme à l'implication de la population, à la transparence des débats et à la démocratisation des choix. La tentation sera alors forte pour les détracteurs de la réforme de dire que les régies n'ont pas changé grand-chose à la participation de la population, sauf peut-être qu'elles ont réussi à accroître quelque peu les dépenses d'administration du système de santé et de services sociaux.

Établir les priorités de santé et de bien-être

Une autre fonction importante des régies touche l'établissement des priorités de santé et de bien-être pour la région. La détermination des priorités régionales, définies non pas en fonction de l'accessibilité aux services mais en fonction de problèmes à résoudre, modifierait grandement la dynamique même du système.

Depuis Castonguay-Nepveu, l'ensemble du système de santé et des services sociaux vise un objectif principal, celui de rendre des services de qualité accessibles à l'ensemble de la population. La poursuite de cet objectif est devenue tellement importante dans l'ensemble du réseau qu'on en est venu à oublier la raison d'être de ces services, c'est-à-dire solutionner les problèmes de santé et les problèmes sociaux de la population.

La poursuite de cet objectif a eu trois conséquences pour le fonctionnement, le développement et le financement du système de santé et des services sociaux.

La première conséquence est qu'il n'y a pas de limite au développement du système de soins. On peut toujours améliorer l'accessibilité et la qualité des services même si les répercussions sur la santé et le bien-être de la population ne sont pas démontrées. Chaque groupe fait alors pression pour accroître l'accessibilité et la qualité de ses propres services. Cela a fait dire à la commission Rochon que le système était pris en otage par les groupes d'intérêt qui plaçaient leurs propres intérêts au-dessus du bien commun.

La deuxième conséquence est que la personne, la famille et la communauté sont perçues comme les bénéficiaires des services que le système veut bien leur rendre plutôt qu'en tant qu'acteurs importants, aptes à résoudre les problèmes touchant leur propre santé et leur propre bien-être.

La troisième conséquence est que l'on a fini par croire que le seul véritable acteur de la santé et du bien-être est le réseau de la santé et des services sociaux. On a trop souvent oublié la contribution importante que peuvent apporter les autres secteurs d'activité et les organismes communautaires dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

La détermination de priorités en ce qui regarde les problèmes à résoudre offre la possibilité aux personnes, aux familles, aux communautés, aux organismes communautaires et aux autres secteurs de collaborer à la solution de leurs problèmes. Elle permet aussi de clarifier la contribution du réseau à la solution de ces mêmes problèmes.

Il était clairement perçu dans la réforme que modifier ainsi les priorités conduirait à une modification sensible de la réalité actuelle du réseau et plusieurs régies ont procédé à la formulation de telles priorités. Ces priorités devraient rejoindre les préoccupations des pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS); la priorité n'est pas uniquement d'ajouter des années à la vie mais aussi et, surtout, d'ajouter de la vie aux années. Il existe actuellement un écart important entre ce type de priorité et l'allocation actuelle des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La tentation peut être forte pour les régies régionales de minimiser ces écarts, tout au moins dans le discours, ou de tenter de séparer les priorités régionales et l'allocation ou la réallocation des ressources, toujours sous le couvert de l'harmonie avec les partenaires. Les priorités et l'allocation des ressources ne doivent pas être deux choses distinctes. Elles forment une seule et même entité. Sinon, pourquoi établir des priorités?

Si cette séparation entre les priorités et l'allocation des ressources se concrétise, les détracteurs de la réforme seront alors grandement tentés de démontrer que les priorités que les régies se sont données n'ont eu peu ou pas d'application dans le concret, que le cheminement qu'elles ont suivi pour y arriver est un autre exercice bureaucratique et que, depuis la venue des régies, bien peu de choses ont changé dans l'allocation des ressources, sauf qu'il en coûte peut-être un peu plus cher pour l'administration du réseau de la santé et des services sociaux.

Évaluer l'efficacité des services

L'évaluation de l'efficacité des services est une autre fonction des régies régionales. Elle permet de définir les mesures les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être de la population et permet également de réallouer les ressources actuellement consenties pour des mesures moins efficaces.

Dans le contexte actuel des finances publiques, cette fonction prend une importance capitale. L'évaluation de l'efficacité des services peut paraître complexe, surtout pour des personnes qui n'appartiennent pas au domaine de la santé et des services sociaux. Elle requiert souvent l'expertise d'universitaires et de chercheurs qui maîtrisent les méthodes de la recherche évaluative.

Indépendamment des exigences méthodologiques, l'évaluation consiste surtout à s'interroger sur les résultats de ce que l'on fait ou de ce que l'on désire faire. Le réseau en général est plus habile à démontrer la nécessité de nouveaux budgets qu'à évaluer les résultats de ses interventions.

Chaque régie régionale devrait débuter par l'analyse de l'utilisation actuelle des services de sa région et comparer ses résultats avec ce qui se passe dans d'autres régions. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il n'y a pas de critère absolu comme dans le secteur privé. Dans le secteur public de la santé et des services sociaux, les bases ne sont que comparatives; comparatives dans le temps ou dans l'espace.

Dans chacune des régions, on pourrait commencer par l'analyse de l'utilisation des services hospitaliers et comparer les régions :

— taux d'hospitalisation par 1 000 habitants;

— nombre de journées d'hospitalisation par 1 000 habitants et séjour moyen par admission;

— taux de chirurgie par 1 000 habitants;

— volume d'unités de laboratoire et de radiographies par admission et par 1 000 habitants;

— volumes et coûts des médicaments par admission et par 1 000 habitants.

On constaterait sûrement des variations importantes entre les régions ainsi qu'entre les centres hospitaliers à l'intérieur de chacune des régions. Une partie de ces variations peut être expliquée par les caractéristiques de la population d'une région ou des clientèles des centres hospitaliers. Mais certaines variations ne seront pas expliquées par ces caractéristiques. Ces comparaisons devraient soutenir l'analyse de la performance des centres hospitaliers. L'efficacité clinique et la performance doivent, de plus en plus, constituer des critères d'allocation et de réallocation des ressources.

Encore ici, la tentation peut être grande pour les régies de ne pas commencer l'évaluation de l'efficacité des services à cause des résistances et des questionnements que l'amorce d'une telle analyse va susciter. Mais, sans une petite idée de l'efficacité et de la performance, sur quelles assises reposeront les décisions? Sur les mêmes bases que celles qui étaient utilisées avant la création des régies? Alors les détracteurs de la réforme pourront dire qu'en ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité et de la performance de notre réseau, peu de choses ont changé depuis la création des régies sauf, encore une fois, qu'il en coûte peut-être un peu plus cher pour l'administration de notre réseau.

L'allocation des ressources

La réforme a confié aux régies régionales la responsabilité de l'allocation des ressources destinées aux établissements, aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées. L'allocation des ressources est le moyen privilégié par lequel les régies sont en mesure de mettre en pratique les choix ou arbitrages qu'elles ont faits. Ce transfert du pouvoir d'allocation des ressources, du Ministère aux régies, est la condition nécessaire, essentielle et suffisante à l'implantation de la réforme. Sans un tel transfert, il n'y a plus de réforme.

En transférant aux régies régionales l'allocation des ressources, on caressait l'espoir d'obtenir une allocation plus conforme aux priorités et aux besoins de la population, reflétant mieux les capacités et le dynamisme des ressources régionales et conduisant à une utilisation plus rationnelle et efficace des ressources.

Ce transfert peut cependant constituer pour les régies un cadeau empoisonné. Compte tenu de l'état des finances publiques, des choix doivent être faits concernant l'organisation du réseau et plus particulièrement le transfert incontournable des ressources du milieu institutionnel vers l'ambulatoire et la première ligne. Cette transformation est une tendance mondiale et c'est une condition essentielle pour faire en sorte que les coûts du système de santé et de services sociaux québécois restent à l'intérieur des limites de ce que les individus et la collectivité sont capables de payer ou désirent payer pour leurs services de santé et leurs services sociaux. De cette réallocation dépend la survie du système de santé et de services sociaux.

Cette réallocation ne se fera pas sans certaines résistances. On n'a qu'à regarder les réactions qu'ont pu susciter dans certains milieux la possibilité que les priorités régionales viennent influencer l'allocation des ressources.

Les régies régionales seront tentées de céder, du moins temporairement, à ces résistances sous prétexte d'harmonie, d'incertitude ou de partenariat. La tentation sera alors aussi grande pour les détracteurs de la réforme de dire qu'en ce qui a trait à l'allocation des ressources, rien n'a vraiment changé depuis la venue des régies, sauf peut-être qu'il en coûte un peu plus cher pour l'administration du réseau.

La santé publique

En confiant aux régies régionales des responsabilités de santé publique les intentions gouvernementales étaient de deux ordres : d'abord d'intégrer la santé publique à une structure démocratique de priorisation et d'imputabilité. Cela signifie que le secteur de la santé publique ne peut plus faire ce qu'il veut en ne rendant de comptes à personne. Ensuite, imprégner les régies régionales de la perspective de santé publique pour qu'elles influencent leurs décisions. Pour renforcer ce deuxième volet, des responsabilités ont été données aux directeurs régionaux de santé publique d'informer la population sur cinq points:

— l'état de santé de la population;

— les problèmes de santé prioritaires;

— les groupes les plus vulnérables;

— les principaux facteurs de risque;

— les interventions jugées les plus efficaces.

Bref, il s'agit d'informer la population sur un grand nombre de critères que doivent utiliser les régies dans leur prise de décision. La santé publique devient donc un enjeu majeur en soi, au même titre que d'autres enjeux d'importance poursuivis par les régies tels l'équilibre budgétaire, les relations avec les partenaires ou, encore, dans une perspective régionale, la création d'emploi.

Il est clair que cette responsabilité donne à la santé publique une grande influence. Cette influence semble être à la mesure de ce qu'il faut pour défendre les intérêts de la santé publique dans notre réseau.

Toutefois, la tentation peut être grande pour les régies régionales de limiter le rôle de la direction de la santé publique et d'informer la population surtout lorsque les enjeux de santé publique s'opposent à d'autres enjeux d'importance. La réduction des taxes sur le tabac en constitue un exemple. La santé publique ne pouvait pas faire autrement que d'informer la population de l'effet potentiel d'une telle réduction de taxes sur la santé publique, même si, pour d'autres raisons, une telle mesure pouvait se justifier. C'est leur responsabilité d'informer la population, et la loi le reconnaît.

Si, pour quelque raison que ce soit, la perspective de santé publique n'est pas davantage présente dans les débats entourant la santé qu'elle ne l'était auparavant, la tentation sera alors grande pour les détracteurs de la réforme de dire qu'en ce qui à trait à la santé publique, son affiliation aux régies régionales n'a pas changé grand-chose sauf qu'il en coûte peut-être un peu plus pour l'administration de notre réseau.

L'imputabilité des régies régionales

Le corollaire à la démocratisation et à la décentralisation de la prise de décision est l'imputabilité accrue des régies régionales. Cette imputabilité se voulait double : imputabilité d'une part envers les personnes qu'elles desservent, représentées par les assemblées régionales, afin qu'elles soient interpellées et interrogées sur les choix faits au nom de la population; imputabilité d'autre part envers celles qui les financent afin de rendre des comptes sur l'utilisation des fonds publics. Cette deuxième imputabilité devait s'effectuer devant la Commission parlementaire des affaires sociales.

Les priorités, les choix, l'utilisation des ressources et la modification de la dynamique du réseau seront débattus sur la place publique. Ceux qui ont géré de façon efficiente les deniers publics seront reconnus et ceux qui ne pourront pas justifier sur cette base les décisions prises dans leur région seront pointés du doigt.

Nous vivons, à l'instar de plusieurs pays, une situation assez paradoxale en ce qui a trait à la décentralisation. Pour que celle-ci se réalise, il faut la volonté, la complicité et le soutien du pouvoir central. Or, il est presque universellement reconnu que l'une des résistances à la décentralisation est justement le pouvoir central. Même si tout l'environnement change, le pouvoir central ne change pas fondamentalement ses attitudes, ses comportements, ses façons de faire ou ses procédures administratives. Cette résistance consciente ou inconsciente des ministères est confirmée par une étude que nous sommes à compléter pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui porte sur les réformes des systèmes de santé dans vingt-deux pays.

C'est justement pour sortir de ce cercle vicieux que les régies régionales sont imputables à une instance politique extérieure au ministère de la Santé et des Service sociaux. La comparution devant la Commission parlementaire des affaires sociales permet de faire avancer et non reculer l'implantation de la réforme au Québec et particulièrement la décentralisation.

Si les résistances à cet égard persistent, la tentation sera alors très grande pour les détracteurs de la réforme de dire qu'en ce qui a trait à l'imputabilité publique, la réforme et les régies n'ont pas changé grand-chose à ce qui existait auparavant si ce n'est de coûter peut-être un peu plus cher en frais d'administration du réseau.

Décentralisation et démocratisation

La décentralisation est une tendance lourde dans la réforme des systèmes de services de santé, dans presque tous les pays qu'ils soient industrialisés ou en voie d'industrialisation. Mais ce que l'on entend par « décentralisation » est loin d'être clair et uniforme d'un endroit à l'autre. Le terme « décentralisation » désigne des réalités différentes.

Dans un document publié par l'OMS portant sur la décentralisation des systèmes de santé, Anne Mills propose la taxonomie suivante :

— la déconcentration;

— la délégation;

— la « dévolution »[4].

---

4 MILLS, Anne (ed.) (1990). *Health system decentralization : concepts, issues and country experiences*, Genève, World Health Organization.

La déconcentration est l'attribution d'autorité administrative plutôt que politique à des bureaux régionaux ou locaux du ministère de la Santé.

La délégation est le transfert de responsabilités administratives à des organisations paragouvernementales qui jouissent d'une discrétion et d'une autonomie certaine dans l'accomplissement des rôles et fonctions qui leurs sont délégués.

La dévolution consiste en la création ou le renforcement de gouvernements subnationaux qui sont relativement indépendants des ministères de la santé pour l'accomplissement d'un ensemble précis de fonctions. Ils possèdent leur propre territoire géographique, un nombre de fonctions à accomplir et la capacité de produire des revenus et d'effectuer des dépenses.

Ce qui différencie principalement la délégation et la dévolution, c'est le mode de désignation des membres de ces instances. La dévolution implique une désignation des membres par voie électorale. Elle peut aussi impliquer un certain pouvoir de taxation. La délégation quant à elle n'implique aucun pouvoir de taxation et les membres sont nommés par des instances politiques supérieures.

Plus on évolue vers un degré élevé de décentralisation, plus la démocratisation des systèmes de santé devient un élément essentiel. Bref, à partir d'un certain niveau, décentralisation et démocratisation deviennent les deux faces d'une même réalité.

Ce qui est fascinant, c'est que quel que soit le problème auquel font face les systèmes de services de santé et quel que soit le contexte socio-politico-économique dans lequel s'effectuent les réformes, la décentralisation fait immanquablement partie de la solution. Elle est proposée comme solution à toute une panoplie de problèmes :

— une utilisation efficiente des ressources;

— le manque de ressources pour financer les services de santé en mettant à contribution les citoyens et citoyennes des différentes communautés;

— le mauvais équilibre entre les services préventifs et curatifs ou encore entre les services de première et de deuxième ligne;

— l'adaptation des services aux besoins des populations;

— la non-contribution des autres secteurs de la société dont l'action a un effet déterminant sur la santé;

— une gestion centralisée, bureaucratique ou réglementée des systèmes de services de santé.

Bref, les attentes face à la décentralisation sont énormes et concernent en général toutes les déficiences auxquelles font face les systèmes de services de santé que les pouvoirs centraux n'ont pu jusqu'à ce jour résoudre.

La forme de décentralisation

Cinq enjeux de la décentralisation sont présentés ici : la forme de décentralisation, le processus de décentralisation, la gestion des résistances, la participation des communautés et le maintien de l'équité.

Le **premier enjeu** est de définir correctement la forme de décentralisation désirée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises formes de décentralisation. Il n'y a que des formes de décentralisation qui sont cohérentes ou incohérentes avec les objectifs visés.

La décentralisation doit permettre de réaliser trois choses. La première est de faire exécuter par la base des fonctions qui étaient réalisées jusqu'à présent par le haut ou qui n'étaient pas réalisées du tout.

La conviction qui sous-tend cette forme de décentralisation est que l'accomplissement de certaines fonctions requiert une bonne connaissance de ce qui se passe sur le terrain. Les fonctions généralement visées sont la planification, les prévisions budgétaires ou encore l'implantation de programmes ou d'activités. Ce qui est ici décentralisé ce n'est pas le pouvoir, ni la responsabilité mais l'**exécution** de tâches ou de fonctions administratives particulières.

Une **deuxième chose** que les pays peuvent vouloir réaliser par la décentralisation est l'**adaptation** de volontés ou de politiques centrales aux réalités régionales ou locales.

Cette forme de décentralisation repose sur la conviction que l'application « mur à mur » de politiques ou de décisions centrales ne colle pas toujours aux réalités régionales ou locales et cela tant en ce qui touche à la santé, aux services de santé qu'en ce qui regarde l''utilisation efficiente de ressources.

Cette adaptation vise souvent autant le « quoi faire » que le « comment faire ». Elle requiert certes une bonne connaissance des réalités régionales ou locales, mais elle requiert plus. Elle nécessite un mécanisme ou une structure qui puisse d'une part analyser les politiques centrales et les réalités régionales et locales, et d'autre part effectuer des choix et prendre des décisions pour adapter ces politiques nationales aux réalités locales.

Une **troisième chose** que les pays peuvent vouloir réaliser par la décentralisation, est la décentralisation du pouvoir de décision.

Cette décentralisation repose essentiellement sur la conviction que nul ne peut décider mieux sur ce qui est bon pour les régions que les régions elles-mêmes. Dans une telle perspective, c'est le pouvoir de **décision** qui est décentralisé; pouvoir de décision sur le quoi, le comment mais aussi sur le combien. Le tout doit en général s'effectuer dans le respect de certains paramètres nationaux. Cette décentralisation requiert encore plus que pour la décentralisation qui vise l'adaptation. Elle requiert une structure de décision crédible, légitime et soutenue par ceux qui vont être soumis aux décisions prises.

Cette catégorisation des raisons de décentralisation est purement théorique. Mais elle a essentiellement pour but de démontrer qu'il peut exister un lien entre les raisons de la décentralisation et les formes de décentralisation décrites par Ann Mills.

La décentralisation de l'exécution requiert, semble-t-il, la forme la moins prononcée de la décentralisation, soit la déconcentration. La décentralisation de l'adaptation se contente de la délégation. Mais, tout au moins dans les sociétés démocratiques, la décentralisation de la décision requiert la dévolution, c'est-à-dire une démocratisation des systèmes de santé.

La forme de décentralisation doit donc varier en fonction des buts visés. Une non-correspondance entre les buts recherchés et la forme de décentralisation risque d'engendrer insatisfactions, frustrations et résistances.

Le processus de décentralisation

Le deuxième enjeu est de définir un processus de décentralisation. Un tel processus semble devoir comprendre au moins :

— une approche pour réaliser la décentralisation;

— des moyens pour mobiliser les différents participants à la décentralisation;

— des mécanismes pour surveiller la décentralisation et pour en corriger le tir, si nécessaire.

L'approche utilisée pour amorcer la décentralisation est en général une approche de haut en bas, c'est-à-dire que la décentralisation est un processus enclenché et dirigé par le central.

Dans la majorité des pays, c'est le central qui conduit d'une main de fer la décentralisation, que ce soit par l'intermédiaire des politiques nationales suivies de stratégies nationales, suivies à leur tour de plans nationaux, qui précèdent des guides d'implantation et de critères de pratiques... Il existe bien sûr des pays qui utilisent une autre approche: le central se limite à fixer les grands paramètres de la décentralisation et les régions ont la marge de manœuvre pour tout au moins définir de quelle façon ils feront la décentralisation.

Mais, aussi surprenant que cela puisse paraître, l'approche centralisée de la décentralisation est l'approche prédominante, tout au moins dans les pays que j'ai analysés.

Je n'ai aucune évidence empirique du degré de succès relatif de chacune de ces approches. Mais j'émets l'hypothèse qu'une bonne partie des difficultés que les pays rencontrent provient justement de cette façon très centralisée de réaliser la décentralisation.

En général, les pays sont soucieux de **mobiliser les acteurs** touchés par la décentralisation. Les moyens utilisés consistent essentiellement en des activités pédagogiques d'information ou de sensibilisation de type conférences, séminaires, ateliers de travail, en général organisés par le central. L'utilisation de ce type d'activité repose sur le postulat que la mobilisation des acteurs en faveur de la décentralisation réside essentiellement dans la connaissance qu'ils ont du pourquoi, du quoi et du comment de la décentralisation.

Très peu d'attention est accordée aux intérêts des groupes ou des individus comme facteur déterminant de leur mobilisation en faveur de la décentralisation. Ici, pour parodier une phrase célèbre d'un président des États-Unis, ce n'est pas tout de se demander ce que les gens peuvent faire pour la décentralisation, il faut aussi se demander ce que la décentralisation peut faire pour les gens.

Une des constatations de l'analyse des expériences des pays présentées à une conférence organisée par l'OMS veut que les pays qui ont combiné information et incitatifs ont réussi à obtenir davantage l'adhésion des acteurs impliqués dans la décentralisation que ceux qui ont utilisé uniquement l'information.

Enfin, ce qui surprend, dans l'implantation de la décentralisation, c'est que très peu de pays ont prévu des mécanismes officiels de rétroaction ou de correction du tir du processus initialement prévu de la décentralisation. En général, plus la planification est forte, moins le monitoring et les mécanismes de correction sont présents.

Certains pays ont procédé à des expériences ou à des projets pilotes avant de généraliser le processus de décentralisation à l'ensemble du pays afin de valider le modèle et pour apprendre de la pratique. Il est essentiel de prévoir des mécanismes de monitoring et de correction. Aucune planification, aussi bonne qu'elle soit, ne peut prévoir les conséquences et l'effet additif de l'implantation de toutes les mesures impliquées dans la décentralisation, sur les comportements des gens touchés par cette même décentralisation.

Il est évident que les systèmes d'information jouent un rôle crucial dans la rétroaction sur le degré d'implantation, sur l'atteinte des objectifs mais aussi sur les résistances qui se manifestent.

La gestion de la résistance

Le troisième enjeu est la gestion de la résistance.

L'analyse que nous avons faite des expériences de décentralisation nous démontre qu'il y a d'énormes résistances à toute forme de décentralisation. Nous avons analysé les résistances de deux façons: qui résiste et pourquoi.

On trouve des personnes résistantes à la décentralisation dans plusieurs groupes : politiciens, professionnels et administrateurs, communautés. Bref, les personnes ou les groupes qui résistent proviennent souvent des mêmes groupes que ceux qui introduisent et soutiennent le changement.

Vouloir savoir qui résiste n'est peut-être pas la meilleure piste pour analyser les résistances, sauf de dire que ceux qui résistent le plus sont souvent ceux qui ont été des observateurs plutôt que des acteurs dans l'élaboration et l'implantation du changement.

Les raisons de la résistance sont intéressantes. Il y a tout d'abord l'indifférence, que ce soit de la part des individus, des groupes ou des communautés. Ils s'en foutent, ça ne change pas leur réalité.

La deuxième raison, c'est la peur de perdre quelque chose. Encore ici, cette peur peut concerner des individus, des groupes ou des communautés.

La troisième raison est le désaccord pour des raisons politiques, idéologiques, culturelles ou autres. Ce désaccord concerne soit la nature ou la forme de décentralisation introduite ou soit la façon avec laquelle la décentralisation est introduite. Ce qui est le plus intéressant, c'est que la perception de la résistance varie selon l'acteur à qui on s'adresse. Si on s'adresse au niveau central, la principale résistance perçue est l'indifférence et la non-implication de la base. Si on s'adresse à la base, la principale source de résistance perçue est le central qui ne veut pas laisser de son pouvoir, qui veut encore tout diriger ou qui veut continuer à faire les mêmes choses qu'il faisait avant la décentralisation, et de la même manière.

Une meilleure compréhension des résistances devrait nous aider à mieux définir la stratégie de changement vers la décentralisation.

Peu de pays ont développé des stratégies de gestion des résistances. En général, la volonté politique est perçue comme étant la réponse à la résistance.

D'autres stratégies peuvent être utilisées pour gérer les résistances : la négociation et le compromis; le compromis au sens anglais du terme, c'est-à-dire la solution qui convient le plus à tous et non dans le sens américain du terme, la solution qui ne satisfait pleinement personne.

La participation des communautés

Un des enjeux majeurs de la décentralisation est la participation de la communauté. Cette participation est une condition essentielle à la décentralisation surtout dans ses formes les plus avancées.

Il existe énormément de débats entourant tant la volonté et la capacité des communautés à participer à la gestion des systèmes de services de santé. Il existe aussi énormément de débats sur les façons les plus efficaces d'impliquer les communautés.

Sur la base de mes expériences au Québec et d'échanges avec des personnes qui participent à la gestion de systèmes de santé des autres provinces canadiennes, j'ai développé, au fil des ans, la conviction que la population veut participer à la gestion des services de santé mais à une condition : c'est d'être convaincue que sa participation peut réellement faire une différence pour sa communauté.

La perception de cette différence me semble reposer sur deux choses :

— la possibilité qu'elle puisse faire des choix pour sa communauté;

— le pouvoir de mettre en application ces choix.

Sans cette conviction, la volonté de la population de participer activement à la gestion des services de santé diminue de façon dramatique.

Le maintien de l'équité

Le cinquième enjeu majeur de la décentralisation est le maintien d'une certaine équité dans l'accès aux services de santé pour les populations des différentes régions.

Plus la décentralisation visée est grande, plus les risques de disparités régionales et locales sont élevés.

S'il y a un pouvoir que l'autorité centrale doit conserver dans un système de santé décentralisé, c'est une certaine forme de péréquation dans le financement des services de santé, c'est-à-dire un transfert de ressources des régions les plus riches vers les régions les plus pauvres.

S'il y a une caractéristique du système de services de santé canadien que je considère comme fondamentale, c'est justement celle de la péréquation qu'effectue le gouvernement fédéral par sa contribution au financement des services de santé des différentes provinces.

Conclusion

La décentralisation n'est pas une fin en soi. Elle est un moyen; un moyen d'améliorer les services de santé dans le but ultime d'accroître la santé de la population. Ce n'est que dans cette perspective que la décentralisation peut et doit être évaluée.

Il n'existe que très peu sinon aucune évidence scientifique permettant de conclure à l'efficacité de la décentralisation. Cette lacune nous oblige, me semble-t-il, à demeurer critiques face à la décentralisation et ouverts à toute forme d'expérimentation susceptible d'en accroître l'efficacité.

Depuis longtemps, nous affirmons que l'amélioration de la santé de la population passe par une concertation entre les services de santé et les autres secteurs de la société, que ce soit l'emploi, l'éducation, l'environnement, etc. Dans quelle mesure la décentralisation des systèmes de santé facilite-t-elle la collaboration multisectorielle, si les autres secteurs desquels dépend la santé demeurent, eux, centralisés?

La démocratisation et la décentralisation des systèmes de santé et de services sociaux sont deux tendances lourdes de leur évolution et ce, dans tout le monde, n'en déplaise aux détracteurs de la réforme. Dans le contexte québécois, ce sont les régies régionales qui incarnent particulièrement ces deux tendances, n'en déplaise à leurs détracteurs.

C'est pour effectuer les changements requis que des fonctions importantes leur ont été confiées. Les attentes à leur égard sont grandes; peut-être trop grandes.

La question n'est plus que doit-on faire, mais comment doit-on le faire? Pour s'en convaincre il suffit de regarder les tendances dans les autres provinces canadiennes et dans les pays industrialisés.

Compte tenu des résistances que de tels changements ne manquent pas de susciter, les régies devront adapter le rythme et les stratégies de changement à leur propre réalité régionale. Mais si, pour des raisons de résistance, les changements fondamentaux ne sont pas faits, la tentation sera alors très grande de dire que la réforme et les régies régionales n'ont pas changé grand-chose au réseau sauf, peut-être, de coûter un peu plus cher en frais d'administration.

Chapitre 2

Planification centrale et régionale en santé et services sociaux : confusions autour du dispositif

Par Marc-André Maranda

À l'automne 1973, quelques semaines avant de quitter son poste de ministre des Affaires sociales, Claude Castonguay livrait devant la Faculté de médecine de l'Université Laval les lignes de fond de la réforme qu'il avait voulue instaurer.

Face à ces constatations et face aux recommandations de la Commission, le gouvernement a retenu la politique de la santé suivante; je cite ce qui, à mon avis, en constitue les principaux éléments :

> *« la nécessité d'établir un régime cohérent et intégré de la santé dans le cadre d'une médecine globale axée sur la personne;*
>
> *le développement et l'orientation des services en fonction de l'accessibilité à des soins continus et aussi de l'accessibilité au plan géographique, au plan financier et au plan social;*
>
> *la décentralisation de la gestion en matière de santé vers les différentes régions du Québec dans le contexte d'un système intégré et interdépendant de services;*
>
> *la participation des intéressés, y compris les usagers, à l'identification des besoins et aussi à la gestion des établissements de santé;*
>
> *l'abandon par le Ministère de son rôle d'administrateur au profit des rôles de planificateur, de responsable de la localisation et de l'utilisation des ressources, du maintien des normes et des standards;*
>
> *l'introduction du concept de programme et le développement de mécanismes d'évaluation permanente de l'utilisation de ces ressources et de l'efficacité de ces programmes;*
>
> *la réorientation de la recherche en fonction d'objectifs précis;*
>
> *enfin, le contrôle de la croissance des coûts à un niveau n'excédant pas celui de la croissance des ressources fiscales de l'État*[1]. »

---

1 CASTONGUAY, C. (1974), L'*Orientation de la santé au Québec et l'enseignement médical* in *La vie médicale au Canada français*, vol. 3, p. 455-463. Texte d'une allocution présentée à la Faculté de médecine de l'Université Laval, le 7 novembre 1973.
À plusieurs reprises, au moment d'exposés devant divers interlocuteurs impliqués depuis longtemps dans le domaine de la santé et des services sociaux, ce texte a été présenté accompagné de la demande d'identifier l'auteur. Personne n'est remonté plus loin que Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux de 1985 à 1989.

Comment se fait-il, vingt ans plus tard, que le même discours, avec très peu de variantes, ne serait-ce qu'au niveau du vocabulaire, soit encore tout à fait d'actualité et chaleureusement applaudi? Comment se fait-il, malgré le développement d'outils plus sophistiqués les uns que les autres et même leur expérimentation dans des démarches d'envergure, qu'il faille encore revenir constamment sur les assises des chantiers qui avaient été mis en route? Occupés à raffiner le discours, n'en sommes-nous pas arrivés à obscurcir complètement les moyens et les stratégies nécessaires pour le réaliser?

Avec les années, les concepts de base sont devenus des slogans, reléguant aux oubliettes les objectifs poursuivis. Malgré les imprécisions, les hésitations et les retours à la *case départ*, le développement se poursuivait tout de même autour de certains pôles : le contrôle de la croissance des coûts, la régionalisation, la recherche de l'équité dans la répartition des ressources... Mais peut-être que cette fois-ci, à la faveur de la crise des finances publiques, sommes-nous placés devant la véritable alternative : réaliser enfin et dans leur entièreté les objectifs qui ont été implicitement énoncés ou changer radicalement de paradigme en retournant à la prédominance des lois du marché.

En prenant appui sur les grands mouvements qui ont marqué l'univers de la planification, tant du point de vue central que régional, le présent texte veut tenter d'en arriver à l'exposé des principaux enjeux qui vont confronter la planification des services de santé et des services sociaux dans un avenir rapproché. Une première partie reprend les éléments les plus significatifs de l'évolution des dix dernières années depuis la commission Rochon jusqu'au retour de son président comme ministre de la Santé et des Services sociaux[2]. La deuxième partie reformule les objectifs les plus structurants en présentant une vision qui intègre les différents moyens mis en place plutôt qu'en les isolant les uns des autres. La troisième partie soulève certaines des confusions qui peuvent expliquer la présence d'écarts importants entre le discours et la réalité. Enfin, la dernière partie tente de mettre en lumière une partie des enjeux et des tendances que les planificateurs devront prendre en compte au-delà justement d'un discours officiel à ramener à des dimensions plus stratégiques. On arrive ainsi à la conviction que les différents instruments de planification sont à repenser ou à remplacer compte tenu du contexte dans lequel nous sommes et de l'adhésion qu'ils ont suscitée chez les principaux acteurs.

La longue construction d'un discours sur le changement pour subitement y être confrontés

Il se sera écoulé exactement dix ans entre le début des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux[3] et l'annonce des premières fermetures d'hôpitaux. Même si la commission Rochon ne pouvait prédire l'évolution des finances publiques ni soupçonner l'ampleur des compressions qui allaient frapper tout le secteur de la santé et des services sociaux, elle aura néanmoins fortement contribué à bâtir toute la logique sur laquelle s'appuie l'entreprise de transformation. En fait, à cause de la bonne cohérence entre les propositions de la Commission et compte tenu de la relative convergence des actions qui en ont découlé, il sera peut-être possible de procéder à une réorganisation en profondeur du système de santé et de services sociaux qui évitera un trop important rationnement de l'offre de services. Il est important de reconnaître certaines des tendances qui se sont progressivement et significativement développées au cours de la dernière décennie.

---

2 Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les présidents des deux commissions d'enquête que le domaine de la santé et des services sociaux a connues en vingt ans sont devenus ministres les situant, malgré les distances que chacun a voulu prendre, en position relativement privilégiée pour réaliser l'essentiel des recommandations formulées. Si on ne peut encore en parler comme une des conditions de réalisation pour une démarche de ce type, il faut néanmoins en reconnaître le caractère relativement inusité.

3 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport*, Québec, Gouvernement du Québec. 804 p.

Tout en reconnaissant la nécessité de consolider les acquis quant au type de régime et de conserver l'intégration entre le *social*[4] et la *santé*, la commission Rochon a rendu trois verdicts sévères à l'endroit du système de santé et de services sociaux. Le premier établit que nous disposons d'un système qui tourne sur lui-même, incapable de reconnaître le potentiel de la communauté et des autres secteurs à la réalisation de sa mission précise, gouverné par la seule logique du développement des ressources. Second verdict, le système ne se reconnaît plus une raison d'être, ses différentes composantes agissent de façon tout à fait cloisonnée, il est *devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêts qui le traversent*[5]. Enfin, nous disposons d'un système trop centralisé, trop rigide, trop réglementé, trop loin des préoccupations et des besoins de la population, peu ouvert à l'innovation.

À la sortie de la commission Rochon, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se trouve avec une série de devoirs à faire. Le premier de ceux-ci concerne la construction d'une politique qui doit assigner des objectifs dits *de résultats* aux différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux, objectifs dont la portée dépasse ce seul secteur compte tenu des facteurs explicatifs des problèmes, les déterminants. La deuxième implique une réforme en profondeur des structures et des ressources qui dispensent les services désormais articulés selon une logique de population, de clientèles, de problématiques[6]. Troisième devoir, et probablement le plus exigeant, le Ministère doit procéder à une importante décentralisation de ses activités accompagnée d'une démocratisation de toutes les structures du réseau de la santé et des services sociaux. Administrative dans un premier temps, cette démarche devra par la suite être complétée par une véritable décentralisation politique.

La réponse du MSSS aux défis que posait la commission Rochon va venir dans deux documents qui illustrent bien la préséance du discours sur l'action. En 1989, la ministre Lavoie-Roux fait paraître ses orientations[7]. C'est la personne qui doit désormais être au centre du système qui, ainsi, vient de retrouver sa raison d'être. Première tentative d'en arriver à des objectifs dits *de résultats*, le document tente une percée du côté de l'intégration des services alors que sont proposés des regroupements d'établissements sur certains territoires à partir des clientèles de services. La régionalisation proposée est pour le moins technocratique alors que s'installe un début d'analyse sur le contrôle des coûts.

---

4 Ce terme est ici utilisé pour nommer les problématiques de nature plus sociale de façon à les distinguer des problèmes de santé. On a souvent, à tort, associé le *social* aux seuls services sociaux pendant que, du côté des services de santé, se développaient des approches plutôt sociales des problèmes de santé.

5 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, p. 407.

6 Pour désigner cette approche, la Commission utilise même le terme de « programme » qui deviendra une notion particulièrement controversée par la suite.
La Commission préconise que les divers services dispensés dans le domaine de la santé et dans le domaine social soient conçus en fonction de programmes dotés d'objectifs de résultats. Ces programmes se composeraient d'un ensemble d'activités, dispensées en concertation par un ou plusieurs établissements, et viseraient à atteindre des résultats de santé et de bien-être pour des personnes ou des collectivités.
Ces programmes poursuivraient cinq objectifs généraux : l'accessibilité aux services, dans un délai minimum, pour la population d'un territoire donné; l'adéquation entre les besoins, les attentes des personnes et les services rendus; la continuité des services, c'est-à-dire la coordination entre les dispensateurs pour offrir les différents services requis en temps opportun, du début à la fin de l'épisode de services; la personnalisation des services, c'est-à-dire la capacité des dispensateurs d'adapter les modalités de prestation des services à la situation particulière de la personne; et la résolution effective du ou des problèmes en cause.
La Commission croit qu'une approche par programme est préférable aux modalités actuelles de fonctionnement et de financement par catégorie d'établissements ou type de ressource (p. 517-518).

7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*, Québec. 147 p.

Quand Marc-Yvan Côté remplace Thérèse Lavoie-Roux comme ministre, il s'empresse de convoquer une commission parlementaire qui précédera le lancement d'un second document d'orientation[8] en moins de deux ans. Dans le propos, la personne est remplacée par le citoyen. Pour les établissements, les projets d'intégration sur la base des clientèles font place à une définition plus rigide des missions où l'autonomie de chacun semble à peu près sauve. La décentralisation administrative paraît désormais acquise mais commence en même temps une longue période de confusion quant au rôle du centre dans ce nouveau système. Sur le plan du financement, le discours s'en tient à baliser le rythme du développement. Passablement discret depuis longtemps dans les débats entourant les changements souhaités, les médecins feront reculer le gouvernement sur tous les fronts qui concernent leur autonomie, leurs modes de rémunération et la place qu'ils occupent dans l'ensemble du système.

Entre la publication de la réforme de Marc Yvan Coté et le retour au pouvoir du Parti québécois à l'automne 1994, les documents ministériels et les politiques explicitant les orientations ont été nombreux mais pas nécessairement d'une convergence à toute épreuve. À l'automne 1991, le *Livre vert sur le financement*[9] vient sonner l'alarme face à la croissance des coûts, au vieillissement de la population, au désengagement du fédéral, à l'inefficience, à la surconsommation, au développement technologique incontrôlé. En juin 1992, c'est au tour de *la Politique de la santé et du* bien-être[10] d'être rendue publique. Dépassant largement le cadre du système de santé et de services sociaux, la politique fixe des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et propose des stratégies d'action qui font appel à des acteurs externes au système.

En quelque sorte, nous voilà en présence d'au moins trois types de discours[11] dont les éléments de continuité ne sont pas toujours évidents : celui sur l'organisation des soins et des services et la perspective de développement qu'on doit lui associer; celui sur le financement du système et la nécessité de réduire l'importance de l'investissement public; celui sur l'importance de dépasser le cadre étroit du système pour s'attaquer aux causes des problèmes. Dans chacun des cas et même si l'orientation n'est pas univoque, on va parler de *virage*, qualificatif dont l'utilisation va devenir surabondante.

Somme toute, le discours a été généreux mais l'action plus hésitante, ce qui a donné le temps d'introduire d'importantes confusions dont la plus conséquente fut l'opposition qui s'est progressivement installée entre l'approche par programmes et l'affirmation régionale. L'arrivée de Jean Rochon comme ministre de la Santé et des Services sociaux a signifié un net engagement en faveur de la décentralisation avec des attentes pour le moins significatives quant à la transformation du réseau.

---

8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec. 91 p.

9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*. Québec. 128 p.

10 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec. 192 p.

11 Plusieurs documents sont venus s'ajouter à la production écrite du discours ministériel. On peut mentionner la politique de périnatalité (printemps 1993) qui n'aura malheureusement que peu de retombées, le défi qualité-performance (automne 1993), véritable avant-première pour les importantes compressions budgétaires qui vont être appliquées au réseau de la santé et des services sociaux, le cadre de référence sur les services à domicile (printemps 1994) qui ne parvient pas à poser correctement la question de l'accessibilité. Deux démarches parallèles méritent également d'être signalées par le caractère relativement original du processus impliqué : celle du groupe de travail pour les jeunes (rapport Bouchard, 1991) qui donna lieu à plusieurs remises en question dans les milieux concernés; celle du groupe d'experts sur les personnes aînées (rapport Pelletier, 1991) dont les retombées furent nettement plus discrètes. Un peu paradoxalement par rapport à ce que l'on connaissait des gouvernements précédents du Parti québécois, la production écrite officielle a considérablement diminué depuis l'arrivée de Jean Rochon comme ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un dispositif pourtant cohérent avec des objectifs explicites pour chacun des instruments qui le composent

L'entreprise de planification qui suit la commission Rochon et qui accompagne les réformes consécutives repose sur un dispositif composé de cinq outils principaux : la Politique de la santé et du bien-être ainsi que différentes politiques sectorielles déployées autour des clientèles; les programmes-clientèles qui deviendront une importante source de tensions entre le Ministère et les régies régionales; le processus d'allocation interrégionale des ressources en vertu du principe d'équité; les plans régionaux d'organisation de services (PROS) qui représentaient la porte d'entrée vers une plus grande décentralisation; enfin, l'évaluation qui aurait dû permettre les premières esquisses de l'imputabilité des différents acteurs.

Modèle de planification visant une perspective intégrée de service

Besoins	**Services**	**Ressources**
Population Groupes Clientèles	Promotion Prévention Diagnostic Traitement Réadaptation Hébergement Compensation	Établissements Organismes communautaires Ressources humaines, matérielles financières Technologies
Accès	**Accessibilité**	**Disponibilité**
Amélioration des conditions	Qualité Réseaux intégrés	Complémentarité Efficacité

Ces technologies devaient se compléter les unes les autres à l'intérieur d'une démarche dont la cohérence repose sur trois paramètres. Le premier de ceux-ci fait référence aux **besoins** des populations, des groupes qui la composent, des clientèles. L'objectif d'équité s'exprime en fonction de l'accès aux conditions qui conduisent à la santé et au bien-être ou concourent à son amélioration. Le deuxième paramètre concerne les **services** eux-mêmes, la gamme ou l'éventail qu'on doit y trouver pour chacune des clientèles ainsi que leur intégration alors que cette fois-ci l'objectif d'équité se traduit en termes d'accessibilité. Le troisième paramètre est celui des **ressources** humaines, matérielles et financières nécessaires pour dispenser les services. L'équité s'exprime ici selon la disponibilité des ressources. Le modèle implique un renversement de la traditionnelle préoccupation pour les ressources en faveur d'une nouvelle séquence : besoins à satisfaire — services à rendre accessibles — ressources à rendre disponibles en conséquence. Si chacun des instruments du dispositif a fait l'objet de très nombreuses représentations, le tout a rarement été rendu explicite. Les outils n'ont pas non plus été très souvent mis en confrontation avec le modèle qui avait pourtant servi à justifier leur pertinence. Lorsque pris un à un et situés à l'intérieur du modèle, les objectifs de ces instruments deviennent plus clairs, le discours plus ordonné et la cohérence encore plus évidente.

Dans le mouvement d'envergure internationale de formulation de politiques de santé sous l'impulsion de l'OMS, la **politique québécoise** conserve l'originalité de la rencontre du *social* et de la santé. Elle constitue une tentative de doter le système de santé et de services sociaux d'objectifs dits *de résultats* qui ne s'avèrent toutefois pas des plus mobilisateurs. On retiendra surtout de la politique la façon nouvelle de poser les problèmes[12] ainsi que son incursion dans le domaine du développement social alors qu'elle fait ressortir la situation particulièrement inquiétante des groupes de population les plus vulnérables et qu'elle insiste sur la constitution d'alliances avec des partenaires peu habitués aux visites du secteur de la santé et des services sociaux. Deux politiques plus sectorielles doivent être ajoutées au tableau. Antérieure à la Politique de la santé et du bien-être et véritable banc d'essai pour plusieurs des paramètres de la réforme, la Politique de santé mentale (1989) a signifié un énorme rattrapage pour ce secteur et démontre encore l'importance de disposer d'orientations clairement définies pour engager l'action. La Politique de périnatalité (1993) était tout aussi solidement construite et son contenu explicite, compte tenu du contexte dans lequel elle était produite. Mais elle venait aussi faire la démonstration que le seul libellé d'un document de politique ne suffit pas à produire spontanément les actions pourtant reconnues pertinentes.

Les **programmes-clientèles** constituaient le second instrument du grand dispositif de planification mis à contribution pour réaliser la réforme. À la faveur du retour d'une vieille approche en matière d'administration publique, la gestion par programme, la clientèle est substituée aux établissements comme préoccupation centrale du système. D'abord instrument de gestion pour le niveau central, les programmes-clientèles représentaient le cadre d'intégration de la séquence besoins-services-ressources. Le programme est défini comme *un ensemble d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière ou à une population, visant des résultats spécifiques pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières*[13]. Il représente au fond l'élément opérationnel entre les orientations formulées par les politiques et leur articulation au niveau régional via les PROS. Au fil des mois, la gestion par programme aura connu plusieurs dénominations : approche-programme, programmes-clientèles, politiques-clientèles, programmes cadres. Beaucoup de titres pour simplement désigner l'objectif d'intégration des perspectives en fonction des clientèles à desservir, pour souligner la responsabilité centrale de définir la gamme de services à rendre accessibles à chaque clientèle, pour jeter des bases nouvelles à l'imputabilité des acteurs.

L'allocation interrégionale des ressources[14] fut la démarche qui aura retenu le plus d'attention, particulièrement lorsqu'il a fallu opérer d'importantes compressions budgétaires. Le principe concernait l'équité entre les régions et devait prendre en compte les besoins des populations, les ressources déjà disponibles et les coûts de production des services. Le processus de répartition avait mis l'accent sur la collégialité entre les régies régionales et le Ministère. Le travail entourant cette opération a donné lieu à d'importants efforts méthodologiques. Développée lentement depuis le début des années 1980, l'approche visait à effectuer quatre types de transition : d'une reconduction des budgets sur base historique vers la réduction des écarts; des producteurs de services vers les clientèles et les populations à partir d'une estimation des besoins; des établissements vers les réseaux régionaux avec des visées quant à la complémentarité; des objectifs budgétaires vers des objectifs exprimés en fonction de l'accès, de l'accessibilité et de la disponibilité.

Le plan régional d'organisation de services (PROS)[15] a constitué longtemps le symbole des diverses transformations qu'on souhaitait réaliser dans le réseau de la santé et des services sociaux. Tour à tour base pour l'articulation des orientations ministérielles en région, prolongement régional du programme et objet de démonstration de la pertinence d'une plus grande décentralisation, le PROS est devenu ce genre de moyen auquel on attribue des propriétés qui dépassent largement les objectifs d'un

---

12 POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *op. cit.* p. 30.

13 COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME (1994). p. 8.

14 Art. 463 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

15 La *politique de santé mentale* (1989). Demeure le document officiel où figure encore la meilleure description de ce qu'est un PROS.

outil parmi d'autres. Il est important de rappeler les trois fonctions originelles du PROS : l'exercice de **planification** d'une région dans le but d'en arriver au déploiement de la gamme de services pour une clientèle selon des paramètres préalablement définis de l'accessibilité aux services et dans les limites des ressources financières consenties; la démarche des acteurs régionaux, autant les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires ou encore des acteurs d'autres secteurs dans une vaste entreprise de **partenariat**; l'élaboration des différents mécanismes de **gestion** d'un réseau régional décentralisé où sont exposés les liens de complémentarité des composantes autonomes.

Pour fermer la boucle de tout ce dispositif, l'**évaluation** constitue un type d'instrument particulièrement précieux à la condition de définir précisément les objets à évaluer et de s'assurer qu'il y aura place aux corrections de trajectoire nécessaires. Dans ce type de démarche, trois objets retiennent particulièrement l'attention : le degré d'atteinte des objectifs et de respect des orientations; la pertinence des choix qui ont été faits en regard des objectifs poursuivis; l'efficacité des moyens qui ont été mis en place. Quant à la capacité des équipes d'évaluation d'influencer le cours de la réforme sur la base de démarches rigoureuses portant sur les objets pertinents, il est difficile jusqu'à maintenant de porter un jugement, l'essentiel de la tâche ayant surtout porté sur la pertinence des démarches évaluatives elles-mêmes à l'intérieur de l'exercice d'une fonction qui demeure relativement jeune.

Situés comme des éléments d'un ensemble, ces différents outils devaient se compléter et ainsi se renforcer. De les considérer isolément entraînait le risque d'en arriver à les opposer et par le fait même à les affaiblir. En ajoutant à ce risque le fait, qu'avec le temps, la nature de chacun, sa définition et ses objectifs ont varié selon les acteurs et les intérêts en cause, explique en bonne partie les confusions qui se sont progressivement glissées dans le dispositif.

Confusions autour du dispositif et oppositions entre les instruments

Chacun des outils du grand dispositif de planification a signifié des progrès certains sur le plan du développement des connaissances, de la cohérence des actions et de l'amélioration de l'efficacité des modes de production de services. L'appareillage à la disposition des planificateurs n'avait jamais été aussi complet, complexe et muni d'objectifs opérationnels aussi explicites. Sans l'existence de chacun, des actions importantes auraient été impossibles, du moins auraient-elles été lancées sans la garantie d'un minimum de rigueur. Dans des secteurs comme la santé mentale, l'existence d'une politique, le début d'insertion véritable de la notion de programme ainsi que la réalisation des différents PROS ont facilité l'opération de transformation du réseau consécutive à la première vague de compressions budgétaires. Les développements méthodologiques en allocation des ressources ainsi que les réflexions autour de l'approche-clientèle constituent des acquis majeurs quant à la connaissance et l'articulation des modes d'organisation de services les plus efficaces et efficients. Les PROS auront donné la mesure de la capacité des régies régionales à exercer des responsabilités accrues en matière de gestion du système et à assurer un leadership sur leurs partenaires régionaux. Il n'est pas certain que les régions aient disposé d'un quelconque ordre de priorités et que les questions de l'intersectorialité, du développement social aient été posées de façon relativement claire sans l'existence de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE).

Somme toute, le bilan n'est pas mince et on ne doit pas conclure à un constat d'échec pour les instruments de planification développés dans la foulée de la commission Rochon. Il est néanmoins évident qu'ils n'auront pu donner leur pleine mesure faute d'un effort plus important de cohérence dans leur développement. La confusion quant à la définition et la nature respective de chacun en ce qui regarde leurs rôles respectifs et, surtout, en ce qui concerne les objectifs qu'ensemble ils poursuivaient est une illustration significative d'un développement encore approximatif de l'instrumentation et d'une adhésion insuffisante de plusieurs acteurs importants. Et il n'y a pas que le caractère instrumental qui soit en cause. Cette confusion entourant les principaux concepts qui va même jusqu'à la difficulté de ne plus être en mesure de reconnaître les frontières entre une politique, un programme et un PROS est elle-

même une résultante de plusieurs imprécisions majeures dans des perspectives pour le moins centrales. Nous allons tenter d'en repérer quelques-unes.

Il faut d'abord interroger la capacité des appareils à composer avec des dynamiques de systèmes et à reconnaître l'importance stratégique des rapports entre les différents groupes d'acteurs alors qu'on a plutôt eu tendance, dans le domaine de la planification notamment, à faire référence à des normes, à s'appuyer sur une abondante réglementation et à développer une vision mécanique et centralisée où les relations d'autorité sont les plus pratiques parce que plus expéditives. Les technologies qui ont été développées et qui devaient constituer les instruments de planification privilégiés résistent mal à ces formes d'encadrement.

Une politique, comme tout document d'orientations d'ailleurs, n'est pas une prescription. Les relais les plus significatifs qui ont été enregistrés à la suite de la Politique de la santé et du bien-être, autant en région qu'au niveau national, ont été ceux engagés sur la base des stratégies plus que des objectifs, ces derniers se révélant plus utiles comme indicateurs de l'ampleur des problématiques que comme objectifs *de résultats* pour les composantes du réseau de la santé et des services sociaux. Pour la comptabilité, il est toujours plus rassurant de faire référence aux traditionnelles catégories bétonnées qu'à la notion de clientèle dont on connaît peu de chose par ailleurs de la nature des problèmes et des besoins. Dans ce contexte, il a été relativement difficile de soumettre une idée de programme fondée sur des considérations parfois cliniques, parfois épidémiologiques, avec une argumentation dont le caractère tangible ne faisait pas souvent le poids à l'intérieur d'un appareillage technique imposant. C'est au moment de l'approbation des PROS que la situation a peut-être été la plus évidente. Comment pouvait-on, par exemple, juger de la force du partenariat régional sur la seule base d'un document écrit dont le contenu reflétait essentiellement les compromis auxquels on était arrivé dans une région?

Le deuxième élément de nature à atténuer la portée des différents instruments qui étaient utilisés en matière de planification concerne la perspective dans laquelle ils avaient été principalement conçus et le contexte au moment de leur implantation ou de leur première utilisation. Même si certaines considérations avaient été accordées aux dimensions de contrôle des coûts, à l'efficience et à la performance, il n'en demeure pas moins que la perspective se traduisait en développement et que le contexte de compressions ou que l'état des finances publiques n'avaient pas encore le mordant qu'on leur connaît aujourd'hui. La plupart de ces démarches impliquaient des processus relativement longs pour la rapidité avec laquelle on allait procéder à ce qui est passé dans le langage comme la contribution du secteur de la santé et des services sociaux aux équilibres financiers gouvernementaux. Élément aussi significatif que troublant pour le dispositif, tout le champ de la santé physique, principalement concentré dans les centres hospitaliers de courte durée et représentant la majeure partie de toutes les dépenses du réseau, sera celui qui aura été le moins imprégné de la logique du dispositif mis en place, mais sera celui nettement le plus touché par l'opération de transformation du réseau.

Ce qu'on appelait l'allocation interrégionale des ressources est devenue la répartition des compressions budgétaires. Les PROS ont fait rapidement place aux plans de transformation du réseau (PTR). Les priorités régionales découlant de la PSBE ont permis de protéger certains des secteurs particulièrement aux prises avec des problématiques de nature sociale. Les programmes-clientèles n'ont pas connu de développements très fulgurants à un moment où il aurait été précisément utile d'avoir l'heure juste sur l'accessibilité aux services. Des tours de force ont été réalisés pour tenir actifs des dossiers sur l'intersectorialité, le développement social, la lutte à la pauvreté, le renforcement des communautés. La plupart des démarches évaluatives ainsi que celles touchant le *monitoring* ont été détournées vers ce qui est probablement devenu le chantier le plus imposant dans le secteur public au Québec : la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux.

Le troisième élément qui demeure une source de confusion très importante et qui comporte des conséquences majeures non seulement pour les principaux outils de planification mais également pour l'exercice des grandes fonctions de gestion du système implique l'absence de définition des rôles respectifs du Ministère, des régies régionales, des établissements au-delà du simple libellé et de la compréhension qu'en permet la loi avec, en corollaire, un manque évident de précisions sur l'imputabilité des différents acteurs. Ce n'est pas la capacité et la légitimité du palier régional à assumer des responsabilités plus importantes avec plus d'autonomie qui sont en cause. Politiquement, c'est une orientation qui se dessine depuis longtemps et qui représente un mouvement relativement incontournable. Ce ne sont pas non plus les inévitables duplications qui accompagnent toute transition d'un niveau de pouvoir vers un autre et qui font partie du portrait des relations centre-région depuis longtemps. Ce sont plutôt, à la faveur du flou existant dans les rôles et mandats, des oppositions qui ont été créées entre les objectifs poursuivis par les instruments et qui ont favorisé des tensions peu propices à assurer la convergence des énergies et des actions de chacun des acteurs.

Les exemples sont nombreux mais c'est autour du PROS que la question est la plus apparente. Selon le moment et le type d'acteurs en cause, la définition de ce qui demeure un procédé parmi d'autres procédés de planification a pris de nombreuses colorations. Net instrument d'affirmation pour les régies régionales et plusieurs partenaires régionaux, il aurait pu devenir un instrument de contrôle très efficace pour le Ministère alors que s'instauraient des processus d'approbation très éloignés de la volonté de décentralisation. C'était une contrainte supplémentaire pour les établissements dont certains y ont vu une menace à leur autonomie alors que des organismes communautaires, tout en participant à la démarche avec une représentation accrue, l'ont considérée comme une énième tentative d'assimilation par l'État[16].

L'allocation des ressources est rapidement devenue un enjeu de taille dans les relations entre le MSSS et les régies régionales. Deux éléments vont en illustrer l'importance. D'abord un premier antagonisme est apparu autour de l'introduction des programmes-clientèles dans les méthodes et processus d'allocation des ressources pour permettre une autre base que les catégories d'établissements. Bien que l'opération permettait une meilleure prise en compte des besoins comme le stipulait la loi, elle signifiait également moins de marge de manœuvre en région compte tenu du nombre d'éléments dont le central pouvait se servir pour découper la réalité des réseaux régionaux et opérer ainsi une forme de contrôle qui outrepassait l'esprit de la décentralisation. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, compte tenu des acteurs en présence, le second antagonisme a porté sur les méthodes elles-mêmes, sur la mesure du besoin de la population ce qui finalement masquait un débat plus fondamental sur le contrôle des paramètres devant composer l'enveloppe régionale.

Somme toute, l'imprécision qui existe quant au niveau de décentralisation effectif dans le réseau de la santé et des services sociaux combinée à l'ampleur de l'opération de compressions budgétaires ont fait perdre beaucoup de poids aux divers instruments de planification même si la dynamique de laquelle ils sont inspirés demeure tout à fait actuelle. Si bien qu'il n'est pas prématuré de se demander si, en définitive, ils ne sont pas déjà un épisode terminé dans l'histoire des services de santé et des services sociaux au Québec.

---

16 Voir à ce sujet LAMOUREUX, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin, 235 p.

Quelques hypothèses d'avenues à explorer

S'il demeure un degré de pertinence aux différentes technologies de planification, celles-ci devront rapidement faire la démonstration de leur capacité à reconnaître et intégrer certaines tendances en émergence qui feront vraisemblablement partie du portrait de la santé et des services sociaux dans les années à venir.

Du côté du système de santé et de bien-être dans son ensemble, il faudra accorder une attention particulière, au-delà du développement régional, à la participation des communautés locales dans la maîtrise des conditions qui mènent à la santé et au bien-être[17]. Il faudra aussi prendre en compte l'expression d'une troisième voie, l'économie sociale, quelque part entre un État jugé trop présent et un marché privé généralement peu intéressé aux exigences des entreprises de développement social. Ce mouvement vers la base interroge les structures et les façons de faire des grands appareils centraux qui ont tendance à reproduire à tous les niveaux, peu importe si ceux-ci s'en accommodent ou pas, les cloisonnements qu'ils entretiennent au niveau central. Ce qu'a produit la politique de la santé et du bien-être et particulièrement les plans d'action régionaux qui l'ont accompagnée peuvent servir de référence pour définir ces mouvements qui se font de plus en plus pressants.

Du côté des services de santé et des services sociaux, il existe des débats toujours actifs dont l'intensité a cependant varié selon les époques. Celui sur les services de première ligne, leur définition, leur portée territoriale, leur articulation avec les autres niveaux de services et, surtout, la question de savoir qui va en assumer le leadership risque d'être particulièrement d'actualité au moment où des transformations profondes de l'hôpital sont en train d'être réalisées. Il serait également illusoire de croire que la question de l'accessibilité aux services sera nécessairement réglée par le nouveau déploiement des ressources. En permettant aux régies régionales une marge de manœuvre importante dans le choix des moyens, la décentralisation ne pourrait-elle pas entraîner des distorsions jusqu'à maintenant insoupçonnées selon les différentes populations régionales?

On sera finalement forcé de faire plusieurs essais en matière de financement alors que la question du contrôle de la croissance des coûts occupera certainement l'avant-scène pour encore une longue période compte tenu des variables qui l'expliquent en bonne partie dont, au premier chef, le vieillissement de la population. C'est d'ailleurs dans le secteur des services aux personnes âgées que vont se poser avec acuité plusieurs questions et qu'on pourra notamment connaître les intentions en matière de maintien du caractère public du système. Il semble maintenant acquis que des formes de capitation[18] seront introduites, à titre expérimental d'abord, dans le financement des régions, incluant ainsi des formes de compétition entre les producteurs de services eux-mêmes. Enfin, il faut peut-être s'attendre à voir disparaître l'équivalence qui a toujours été faite entre l'universalité des services et leur gratuité.

Il n'est absolument pas évident que chacun des instruments de planification auxquels nous faisons habituellement référence, que chacun des instruments du dispositif soit parfaitement approprié pour faire face adéquatement à ces tendances en émergence ou à ces questions à résoudre rapidement. Il n'est pas non plus certain que la planification ait déjà à portée de main l'appareillage nécessaire pour envisager de s'y attaquer avec assurance. Il semble par ailleurs impérieux de revoir ou de se réapproprier les objectifs d'un discours passablement obscurci par la complexité des moyens qui devaient le supporter et la compréhension qu'en avaient les principaux acteurs.

---

17 C'est une tendance qui teintait fortement les plans d'action régionaux de la politique de la santé et du bien-être, tendance reconfirmée par le colloque de l'automne 1995 du Conseil de la santé et du bien-être.

18 Voir à ce sujet, BRUNELLE, Y. (1996). *La capitation régionale, une avenue d'intérêt?*, MSSS-DGPE, 49 p.

Au moment où, vraisemblablement, se définit un autre type de planification, une autre organisation de services, il n'est pas inutile de se rappeler que, durant la dernière décennie, nous avions un discours bien affirmé, des outils sophistiqués et les dispositions législatives conséquentes. Il ne semble pas que ce soit des conditions suffisantes pour éviter les incohérences, la confusion dans les rôles des acteurs et les carences dans l'adhésion de ces derniers.

Chapitre 3

Planification et transformation : comment concilier les deux bouts de la lorgnette?

Par Patricia Caris

Quelques années déjà se sont écoulées depuis le colloque de l'ACFAS qui a été l'événement déclencheur de cette publication. Ces années ont été plutôt tumultueuses, les réorganisations et les compressions bousculant les intervenants et les gestionnaires, remettant en question les pratiques, tant du côté professionnel que du côté administratif. Les points de repère du réseau semblent en constante redéfinition. Ce texte aborde très succinctement quelques questions qui surgissent quand on tente de saisir quels pourront être les enjeux de la planification dans le domaine complexe de la santé et du bien-être au cours des années à venir.

La décentralisation, bien qu'amorcée depuis longtemps dans le secteur de la santé et des services sociaux, reste à concrétiser sous bien des aspects. Ce mouvement qui porte les régions et leurs revendications dépasse largement le secteur de la santé et des services sociaux pour s'étendre à l'ensemble des activités gouvernementales. Il faut tenir compte de cette vague de fond, caractéristique marquante de notre environnement. Des questionnements importants sur les rôles réciproques des régies régionales et du Ministère mettent au jour les changements récents et profonds concernant tant la mise en oeuvre de la décentralisation que la «reconfiguration» ou la transformation du réseau sociosanitaire.

Comme c'est souvent le cas, les discussions entourant les modalités de départage des responsabilités administratives et budgétaires sont le lieu de cristallisation des enjeux, laissant dans l'ombre certains éléments fondamentaux. Pourtant, la décentralisation n'est pas, en soi, une garantie du renouvellement nécessaire à la transformation du réseau. Les changements apportés par ce mouvement, il faut l'espérer, faciliteront l'instauration de nouvelles pratiques organisationnelles. Le sens à leur donner semble toutefois encore à trouver et les compressions budgétaires, si elles incitent aux changements, ne laissent pas nécessairement le temps ou le loisir de s'interroger.

Dans le brouhaha organisationnel qui accompagne la décentralisation et la transformation du réseau, une difficulté majeure passe un peu inaperçue, *soit la distinction et la conciliation de deux rôles attribués au même ministère et au même réseau : l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être (système de santé) et la responsabilité de l'accès aux services sociosanitaires de qualité (système de soins).* Pourtant, l'une des premières questions à examiner touche ces rôles et les manières de les exercer dans ce contexte de décentralisation accrue. Cette question qui semble a priori souvent plus une affaire d'école de pensée, un débat de théoriciens, a toutefois des répercussions importantes qui touchent de multiples éléments de la gestion du réseau : l'évaluation des besoins, les modes de calcul des enveloppes budgétaires et, en bout de piste, l'imputabilité... sur quoi rendra-t-on des comptes? À cet aspect s'ajoute le **qui** devra rendre des comptes, mais ce dernier point, loin d'être accessoire, est toutefois plus directement lié à des choix politiques qui concrétiseront la décentralisation.

Cette distinction entre système de santé et système de soins a été utilisée par Pineault et Lessard pour proposer un cadre de référence pour la planification en santé[1]. Ils reprenaient les définitions adoptées par le Rapport du comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec. « Le système de santé est ainsi le fonctionnement de l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé de la population; il est composé du système de soins et aussi d'aspects ou d'éléments du système économique et social, du système culturel, du système politique, etc. ». « Le système de soins est formé par un ensemble de ressources (les professionnels, les établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des biens à la population dans le but d'améliorer son état de santé ».

Pineault et Lessard soulevaient alors une question qui allait prendre quelques années à trouver réponse : l'importance de disposer d'une politique de santé pour éviter de n'agir que sur l'un des déterminants, soit le système de soins. Maintenant que cette étape est franchie, tout au moins sur papier, qu'en est-il des enjeux de planification et, s'il n'était pas souhaitable de se passer de politique de santé, celle-ci dispense-t-elle de l'élaboration de politiques de soins? Et, sinon, comment arrimer ces deux aspects dans le contexte actuel.

L'action sur les déterminants : refaire une santé au système de soins

L'action sur les déterminants peut être balisée par les objectifs populationnels et impliquer l'utilisation d'indicateurs du type «développement social». Les objectifs de santé et de bien-être ont, bien sûr, une portée bien plus large que les services. Mais l'organisation des services implique des contraintes qui échappent à ces objectifs, d'autres types de pression : l'utilisation de nouvelles technologies, des modes de pratique plus coûteux et l'âge sont parmi les facteurs qui ont le plus d'effet. Par ailleurs, se doter d'objectifs de résultats en matière de santé et de bien-être n'exclut en aucune manière la nécessité de se doter de moyens de s'assurer que les services répondent aux besoins des clientèles. *C'est l'enjeu lié à l'introduction de politiques et de programmes clientèles élaborés pour offrir de meilleures réponses à ces besoins, en optimisant les capacités du réseau grâce à une utilisation complémentaire des services et des ressources.*

MSSS	
SYSTÈME DE SANTÉ	**SYSTÈME DE SOINS**
Actions sur les déterminants	Accessibilité à des services sociosanitaires de qualité
• Objectifs de santé et de bien-être.	• Objectifs de soins et de services.
• Résultats en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.	• Résultats en matière de prévention, traitement, réadaptation, soutien, compensation, soulagement...

Le choix d'objectifs de santé et de bien-être permet de mieux orienter les efforts des actions multisectorielles sur les déterminants. La Politique de la santé et du bien-être est sans doute le meilleur véhicule pour proposer des stratégies d'action qui impliquent le système sociosanitaire mais, surtout, les autres secteurs. En région comme au central, la condition de réussite est la même : faire en sorte que la santé et le bien-être de la population deviennent et restent l'affaire de tous les secteurs de notre société.

---

1 Pineault, R. et R. Lessard (1984). *Le Système de santé du Québec : objectifs de soins ou objectifs de santé?* L'Union médicale du Canada, Tome 113.

La transformation permettra-t-elle de modifier le rôle actuel du réseau ?

Alors que l'action sur les déterminants est l'affaire de tous, la responsabilité des services sociosanitaires revient d'abord au MSSS et aux régies. En ce moment, son exercice n'est pas facile. Même dans un contexte où l'on voudrait qu'il soit d'abord question de santé et de bien-être, l'organisation des services reste ce qui est particulièrement en cause lorsqu'il est question de «reconfiguration» du réseau[2].

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, indiquait que trois grandes stratégies de réorganisation étaient retenues[3] :

1) Transformer, de façon progressive et ordonnée, les façons de faire et de donner les services à la population : fournir ces services de plus en plus près de la population, avoir recours à des alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement des personnes en établissement, *réorganiser les réseaux régionaux de services de manière à ce que les établissements opèrent en complémentarité.*

2) Déréglementer et décentraliser le système en offrant des marges de manoeuvre accrues sur trois plans :

   — la gestion des programmes et des services;
   — la gestion des ressources humaines;
   — la gestion des ressources budgétaires.

3) Intervenir en amont des problèmes de santé et de bien-être, donc donner la priorité aux actions de prévention et de promotion.

Si la troisième stratégie retenue par le Ministre touche davantage le système de santé dans son sens le plus large, les deux premières sont plus directement liées au système de soins. Dans ce dernier cas, les difficultés associées à la transformation du réseau permettant d'assurer l'accessibilité à des services sociosanitaires de qualité (système de soins) sont accentuées par la nécessité de repenser, en même temps, les fonctions des divers paliers de responsabilité dans un contexte de décentralisation. Alors que du côté de la santé et du bien-être les stratégies prônées impliqueront le plus souvent des actions multisectorielles, jamais évidentes dans le monde compartimenté de l'appareil d'État, du côté des services, ces objectifs touchent plutôt les capacités à offrir des services de qualité en fonction des besoins des individus et des clientèles. Dans un contexte de décentralisation, les régions ont à décider les modalités de l'organisation des services et les manières dont elles entendent en assurer l'accessibilité à *leur* population. Ceci dit, dans le cas de l'organisation des soins et des services, pour rendre opérationnelles les stratégies de réorganisation retenues par le Ministre, il faut pouvoir fournir des éléments de réponse à quelques questions, par exemple :

— autour de quels paramètres et selon quelle logique faut-il réorganiser les services de manière que les ressources soient utilisées en complémentarité et que l'on puisse former des réseaux intégrés de services?

---

2 L'Association des hôpitaux du Québec (1995), définit la reconfiguration de la manière suivante : « *La reconfiguration est comprise dans un sens global et flexible. Nous la définissons comme une réorganisation des services, des structures ou du système, dans le but d'accroître la qualité des services, notamment en regard de leur pertinence, de leur efficacité et de leur efficience .*» *AHQ, « Cadre de référence sur la reconfiguration ».* p. 1.

3 Propos tirés du discours prononcé par le ministre Jean Rochon « La transformation des services sociaux et de santé en 1995-1996 » devant la Commission parlementaire des affaires sociales lors de l'ouverture de l'étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'année financière 1995-1996, à Québec, le 13 avril 1995.

— pour que la déréglementation permette de faire porter l'imputabilité sur l'essentiel, quels sont les objectifs qui doivent être retenus pour répondre aux *besoins* des différentes clientèles?

Ces questions, fondamentales dans la perspective d'une planification (qu'elle se fasse au Ministère ou dans les régions), spécialement dans le contexte d'une réorganisation d'envergure, prennent une saveur différente lorsqu'elles sont confrontées à l'allocation des ressources. Les exercices de répartition des ressources financières sont souvent révélateurs de contradictions ou de points non encore réglés ; les incohérences restées jusque-là inaperçues deviennent apparentes lorsqu'on décide de mettre en lien les objectifs, les besoins, l'allocation des ressources et l'imputabilité.

L'identification des besoins : la population ou le citoyen?

Les premières discussions entourant un épisode de gestion (ici, il s'agit généralement d'allocation ou de compression) portent habituellement sur l'évaluation des besoins. Cette évaluation doit-elle se faire de manière globale, pour l'ensemble de la population d'une région et contribuer ainsi à la réduction des écarts de richesse (ou de pauvreté) relatifs entre les régions? Un calcul global serait-il plus équitable qu'un autre, effectué en fonction des différentes clientèles? Une perspective populationnelle ou de clientèle? Pour décider de l'allocation des ressources attribuées pour le fonctionnement du système de soins, l'équité interrégionale pourra-t-elle permettre l'équité entre les programmes? Au-delà du calcul des enveloppes régionales, comment se feront les réallocations?

Ces questions, parfois perdues de vue lors des compressions, ont pourtant concrètement des retombées encore difficiles à mesurer cependant et ceci, particulièrement dans le contexte actuel.

Alors qu'au cours des dernières années les indicateurs de besoins tentaient de mesurer, programme par programme, les besoins des différentes clientèles, les dernières tendances vont plutôt vers l'utilisation d'un seul indicateur, global celui-là. Est-ce encore un indicateur de besoin et si tel est le cas, de quel type de besoin est-il censé témoigner? L'utilisation d'une mesure populationnelle permet, semble-t-il, d'obtenir une lecture plus conforme des besoins parce que moins assujettie à la distribution actuelle des ressources, parfois inéquitable. Cependant, un indicateur très global, de développement social par exemple, sera-t-il un outil adapté à l'allocation de ressources visant en grande partie à assurer l'accessibilité aux services?

Si du côté de la santé et du bien-être des objectifs permettent de proposer des cibles, qu'advient-il de la réponse aux besoins des clientèles, et du citoyen, sur le plan des services? L'analyse des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être et des plans d'action des régions met en évidence le fait que, pour la plupart, l'atteinte de ces objectifs implique une mise à contribution multisectorielle, à un point tel d'ailleurs, que l'on peut s'interroger sur la pertinence d'une imputabilité basée sur l'atteinte de tels objectifs. Ainsi, si la difficulté ne paraît pas évidente dans le cas de la réduction de mortalité associée au cancer du sein ou du poumon, elle devient plus claire lorsqu'il est question des traumatismes routiers. On peut, en effet, se demander quel sera l'apport du réseau de services dans l'atteinte de l'objectif 10 de la Politique de la santé et du bien-être : «D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.»

L'utilité de disposer de cibles et de recentrer les efforts vers la santé et le bien-être ne peut être remise en question. Cependant, la capacité d'établir les liens entre les services sociosanitaires et l'atteinte de ces objectifs reste improbable et risque de diluer une éventuelle redéfinition de l'imputabilité.

Il n'est cependant pas dit qu'il soit impossible d'utiliser des critères basés sur les conditions de qualité des services (pertinence, efficacité et efficience) pour baliser clairement à la fois l'accessibilité aux services et l'imputabilité qui doit lui être associée. L'accessibilité peut être traduite en objectifs et leur atteinte mesurée à partir de résultats de production de services. Ainsi, l'accessibilité aux services risque moins d'être confondue avec la disponibilité des ressources, et l'évaluation des résultats de production court moins de chance d'être limitée à la mesure de la consommation des services. Pour l'exercice de la responsabilité ministérielle et régionale concernant le système de soins, ces objectifs peuvent donc devenir les principaux résultats à atteindre...

Pour déterminer de tels objectifs d'accessibilité, il est possible de tenir compte de deux grands types de besoins, fort différents :

— les besoins d'évaluation, de référence et de réponse en situation d'urgence ou de crise; la réponse devrait être donnée par des services de première ligne. Il convient cependant de rappeler que les services en cause n'ont jamais été clairement définis au Québec;

— les besoins d'une réponse intégrée, assurant la continuité de l'intervention, la complémentarité des services. Ce sont donc des services plus spécialisés s'adressant aux besoins d'une clientèle donnée.

Ces types de besoins renvoient à des situations différentes, bien que souvent complémentaires, et font appel à des organisations de services beaucoup plus axées, dans le cas des besoins d'évaluation et de référence, sur un objectif d'accès *à proximité*, et, surtout, *rapide*. Dans le second cas, les services requis impliquent généralement plusieurs ressources, ou encore l'arrimage des services de santé et de services sociaux avec les services fournis par d'autres secteurs. Il s'agit donc, en ce qui concerne l'accessibilité et l'organisation, de répondre aux défis de complémentarité des ressources et de continuité des services. En ce sens, il convient de parler de l'instauration de véritables «réseaux intégrés de services» en réponse aux besoins de certaines clientèles, et ceci, tant en santé physique et en santé mentale que du côté de l'intégration et de l'adaptation sociale. Ce sont là des clientèles que doivent rejoindre les «programmes-clientèle».

Dans le premier cas, les services doivent donc être accessibles *localement* et *rapidement*; dans le second, il s'agit plus de prévoir leur caractère *intégré régionalement* ou *suprarégionalement* dans le cas de certains services. Dans les deux cas, cependant, il semble nécessaire :

— d'établir des grandes orientations, des objectifs communs à l'ensemble du système mais en fonction d'un rationnel : la réponse aux besoins d'une clientèle, ou à une problématique précise. Dans le cas du système de soins, ce rationnel semble approprié. La définition d'une gamme de services à partir d'objectifs (et non en fonction de modalités qui, elles, varient selon les régions) permet aux citoyens des différentes régions de savoir à quels services ils ont accès, même si les modalités de distribution de ces services diffèrent d'une région à l'autre;

— de distinguer les services accessibles dans toutes les régions (point précédent) des services qui, pour des raisons de rareté des ressources, de rareté de la demande ou encore à cause d'une répartition historique des ressources (par exemple les gros établissements psychiatriques dans le cas de la santé mentale), seront de nature suprarégionale.

Il s'agit donc d'introduire des balises afin qu'une régionalisation ne se fasse pas au détriment de la cohérence du système sociosanitaire, ce qui risquerait de se traduire par une perte d'accessibilité aux services pour les personnes de certaines régions.

Les résultats

Ramener le réseau à son rôle de déterminant, à ses finalités d'amélioration de la santé et du bien-être, mettre l'accent sur la promotion et la prévention... mais sans abandonner l'idée d'une gestion par résultats, tout cela mène à tenter de lier directement l'organisation des services, l'allocation des ressources et l'imputabilité aux résultats de santé et de bien-être. Mais est-ce possible?[4] Enfin, quelle définition opérationnelle de l'équité peut-on se donner ?

Des efforts, nombreux, ont été effectués au cours des dernières années pour trouver des réponses à cette dernière question. Les comités MSSS-conseils régionaux puis MSSS-régies se sont succédé autour des mêmes enjeux, reprenant les mêmes débats. Faut-il en être surpris? Les méthodes d'allocation, ou de compression, finissaient invariablement par être le résultat attendu.

Pour être efficace, une gestion par résultats doit pouvoir être appuyée par un suivi sur les besoins des clientèles, les services requis pour y répondre adéquatement, l'utilisation des ressources à ces fins. Le virage population-résultats implique que la reddition de comptes ne doit plus porter sur des aspects d'équilibre budgétaire — ou sur ces seuls aspects — sans que l'on soit en mesure de connaître l'efficacité des services, leur capacité à contribuer à régler un problème de santé ou un problème social, leur capacité à améliorer la santé ou le bien-être d'une population. Sur le plan budgétaire, plusieurs modalités ont été examinées : enveloppes globales aux régies, aux établissements... La capacité des régions de faire des choix et de transférer des sommes entre les programmes, suivant les priorités qu'elles se sont données, est au coeur de ces discussions.

Certains exemples organisationnels pourraient sans doute être mis à profit et contribuer à élargir l'horizon des modalités de financement considérées. Ainsi, les expériences de système global de soins intégrés ou de « managed care system » présentent plusieurs caractéristiques qui vont dans le même sens que les visées d'une gestion par programme (comprise dans le sens d'une approche clientèle plutôt que comme gestion par résultats) :

— offrir une gamme complète de services;

— offrir des soins coordonnés et intégrés;

— assurer une gestion intégrée de soins.

Cependant, il faut souligner qu'à ces caractéristiques s'ajoutent un financement par capitation, un contexte concurrentiel et une responsabilité de clientèle[5]. L'ensemble des services considérés requis pour une clientèle, par exemple pour les personnes âgées en perte d'autonomie, y compris les médicaments, les soins à domicile comme en milieu hospitalier... sont couverts par ce système pour la clientèle participant au projet. D'autres hypothèses touchant l'organisation de services de première ligne[6] visent également la continuité des soins et proposent une rémunération *per capita* des médecins inscrits auprès d'une organisation de première ligne ou d'une organisation territoriale.

---

4 Depuis les premières tentatives de gestion par résultats, au début des années 70, le débat se poursuit et déjà en 1973. Migué et Bélanger en faisaient la remarque : «... isoler le rôle respectif de chacun des facteurs dans l'amélioration de l'état de santé. Les différentes variables en effet sont pour la plupart du temps reliées entre elles, de sorte que les instruments statistiques ne permettent pas toujours d'identifier la contribution de chacune d'entre elles...»

5 Plusieurs conditions sont associées à l'implantation de tels systèmes de gestion. À ce sujet, voir BRUNELLE, Y., «Une introduction à la gestion intégrée des soins et services». Présentation au Colloque de l'Institut canadien, le 30 octobre 1995 à Montréal.

6 Conseil médical du Québec, «Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter», La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

Ces formes d'organisation poussent la perspective-clientèle jusqu'à une budgétisation qui a pour objectif de favoriser «l'imputabilité des personnes et institutions impliquées; le développement de modes de pratiques professionnelles axés sur la prise en charge globale, la continuité des soins et la collaboration entre professionnels; l'utilisation efficiente des ressources du réseau»[7]. Ces objectifs étant proches des finalités d'une gestion par programme, il pourrait être intéressant d'explorer de nouvelles pistes de budgétisation qui prennent assise sur un ensemble de services — un programme-clientèle, — pour une clientèle donnée.

La décentralisation : bien au-delà de la santé et des services sociaux

Dans la perspective où le réseau de la santé est ramené à des proportions, sans doute plus justes, de simple déterminant parmi d'autres, et dans un contexte de décentralisation accrue, on peut s'interroger sur les choix que feront les régions... Ainsi, et particulièrement en ces années de difficultés financières, de volonté de diminution du rôle de l'État, les régions choisiront-elles de continuer à utiliser le tiers des ressources financières publiques pour offrir des services de santé ou des services sociaux? En auront-elles les moyens et ne serait-il pas plus opportun de redéployer une partie des fonds en cause vers des programmes d'emploi par exemple? Ces discussions difficiles ne sont pas liées à la décentralisation; elles viennent cependant en modifier les enjeux.

Finalement, qu'en est-il de l'avenir des politiques : une politique de la santé et du bien-être peut-elle être le fait d'un ministère, même aussi important que celui de la santé et des services sociaux, alors quel es actions nécessaires à son application sont, pour la plupart, de nature multisectorielle et impliquent une volonté gouvernementale? Si les résultats à atteindre peuvent se mesurer grâce à des indicateurs portant sur la santé et le bien être, les objectifs eux, ne devraient-ils pas toucher les déterminants : maintenir en deçà de x % le taux de chômage par exemple. Du côté de l'organisation du système de soins, la volonté de resituer le réseau dans une perspective plus globale ne doit cependant pas faire perdre de vue l'importance de continuer à disposer, ou devrait-on dire de disposer enfin, d'outils de gestion permettant de savoir tirer un meilleur profit des ressources humaines et matérielles déjà investies.

---

7 Bergman *et al.*, (1995) Système global de soins intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Proposition pour le développement d'un projet de démonstration.

Chapitre 4

La planification et le changement
Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec

Par Jean-Louis Denis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pineault et Claude Sicotte[1]

Le présent texte ne propose pas un traité sur l'art de la planification ni un inventaire exhaustif du potentiel de cet outil. Il s'agit plutôt d'organiser des impressions à partir d'une recherche en cours sur les plans régionaux d'organisation de services (PROS) et la régionalisation des services en santé mentale. Plus précisément, nous présentons les résultats de l'analyse préliminaire de quarante entretiens menés auprès d'individus travaillant dans les établissements du réseau sociosanitaire, dans les organismes communautaires et dans une régie régionale. Ces données sont complétées par l'examen de documents administratifs produits au cours du processus d'élaboration des PROS en général et d'un PROS en particulier dans le domaine de la santé mentale. La question posée dans ce texte est la suivante : Que peut-on attendre des PROS dans une perspective de transformation du réseau sociosanitaire au Québec? Cette question est d'autant plus d'actualité que le rôle des PROS dans la détermination des orientations et des dynamiques qui se déroulent présentement dans le réseau est difficile à cerner. Notre discussion sur les PROS tente, en s'interrogeant sur la nature de cette forme de planification, de dégager les conditions de son inscription dans la prise de décision et l'action publique dans le domaine de la santé. Pour ce faire, une définition des PROS est proposée en première partie suivie d'un examen des dilemmes rencontrés dans son actualisation. Enfin, un constat sur son utilité potentielle et sur ses conditions d'efficacité est formulé. Dans toute cette démarche, il s'agit de faire un diagnostic du PROS en tant qu'outil de gestion et de voir sa pertinence lorsque la demande sociale est forte pour le changement.

Qu'est-ce qu'un PROS? Trois modèles de planification

Convenons tout d'abord qu'il est difficile de proposer une définition des PROS et de ses caractéristiques de façon abstraite. Les PROS varient sur le plan des méthodes et des intentions. Cet outil de gestion s'est diffusé rapidement dans le réseau des services de santé sous la pression d'une nouvelle législation. Toute analyse en profondeur d'un nouvel outil de gestion doit permettre de révéler les préférences des acteurs qui ont marqué son introduction et le système de contraintes qui influencent son évolution. Nous nous contenterons ici de décrire conceptuellement quelques orientations pouvant se manifester dans l'élaboration et la mise en œuvre des PROS.

À première vue, le PROS s'apparente à une démarche fondée sur un dosage variable de logiques technocratique, politique ou de concertation[2]. Ces catégories ne sont évidemment pas mutuellement exclusives. Un PROS est plutôt technocratique s'il s'appuie étroitement sur la mobilisation d'expertise et sur un mode rationnel de représentation des événements pour concevoir le projet régional. Il s'approche ici des modes classiques de planification trouvés dans les manuels de gestion des entreprises. Le PROS technocratique s'appuie sur une logique de quantification des besoins ou de l'utilisation des services

---

1 Nous remercions le Programme national de recherche et développement en matière de santé pour son soutien financier. Messieurs Michel Gonthier et Hung Nguyen de la Régie régionale de la Montérégie ont été d'une précieuse collaboration dans toute cette démarche. Enfin, nous remercions vivement l'ensemble des personnes qui nous ont accordé un entretien; cette disponibilité est indispensable à la réalisation de la recherche.

2 Cette classification est présentée à titre illustratif. Elle ne prétend pas couvrir l'ensemble des logiques et rôles de la planification dans les organisations. Pour approfondir cette question, le lecteur peut consulter les travaux de Benveniste (1989), Langley (1989) et Mintzberg (1994).

(demande exprimée) et sur une appréciation des caractéristiques de l'offre dans le but d'accroître la cohérence entre ces entités. Cette approche prétend contourner l'irrationalité affirmée des acteurs et de leurs interactions en mobilisant des techniques reconnues légitimes et neutres. Idéalement, dans un processus fondamentalement technocratique, les préférences des acteurs impliqués dans sa conception n'influencent en rien son résultat. La technique de planification permet de lire sans biais une réalité externe et de proposer des orientations conséquentes.

Le PROS politique est une démarche de mobilisation fondée sur des relations d'échange parmi les principaux acteurs concernés et sur une reconnaissance explicite d'intérêts multiples conditionnant la nature de la démarche planificatrice et sa probabilité de mise en œuvre. Le PROS qui s'apparente à cette perspective procède de façon incrémentale dans la construction du plan mais reste soumis à une forte contrainte technocratique sur le plan de la constitution des agendas et de la détermination des échéances pour la prise de décision. L'information produite en cours d'élaboration comprend à la fois une représentation des systèmes d'offre et de demande ou des besoins et une appréciation des stratégies des acteurs afin de déterminer leur adhésion plus ou moins forte au projet en développement. Selon ce modèle, la démarche de planification reste sous le contrôle des gestionnaires comme dans le cas précédent mais avec une forte préoccupation pour la cooptation d'acteurs susceptibles d'influencer de façon significative la mise en œuvre. La mobilisation des acteurs relève donc d'un réalisme politique plus que d'une ambition démocratique déterminée. Il ne s'agit pas d'assurer la représentation d'une diversité maximale d'intérêts mais bien de permettre l'expression d'intérêts prédominants. L'approche politique est construite de manière à fusionner les phases de formulation et de mise en œuvre du plan. Idéalement, ce type de démarche produit un plan reflétant les compromis nécessaires à sa concrétisation. Cette démarche reconnaît des limites à une approche strictement rationnelle tout en voulant favoriser son expression par des manœuvres politiques. L'usage du politique au profit de la rationalité représente, de ce point de vue, un apport complémentaire d'information en explicitant la position des acteurs influents dans un secteur donné. En somme, l'approche politique correspond de façon minimale à l'ajustement du projet technocratique à une réalité hétérogène sur le plan des préférences et des stratégies. Elle peut aussi permettre la recherche de nouvelles solutions à des problèmes complexes et ayant des incidences sur la vie collective (Bryson et Crosby, 1992). Dans ce cas, l'approche politique se laisse prendre au jeu et investit plus dans la mobilisation que dans la simple cooptation d'acteurs influents. Elle s'approche ainsi de la prochaine perspective, soit celle de la concertation.

Un PROS axé sur la concertation mise sur une logique distincte pour produire les options d'organisation d'un secteur. Il ne s'agit pas uniquement d'opérer ici des arbitrages viables entre une pluralité d'intérêts, mais bien de forger des hypothèses de structuration des services référant à des registres plus larges que ceux des experts. La concertation n'est pas ici une tactique politique pour mobiliser des acteurs autour de la planification. Elle se présente comme une véritable méthode pour engendrer des valeurs et des représentations qui ne peuvent prendre forme que dans un contexte d'intersubjectivité (Habermas, 1993; Outhwaite, 1994)[3]. L'enjeu crucial de cette approche est de se doter de règles d'échanges et de controverses qui assurent l'intégrité des perspectives avancées par les acteurs et l'émergence d'arrangements consensuels. Selon ce modèle, le processus de mobilisation est facilité par une très large diffusion de l'information et des échanges continus de manière à produire de nouvelles coopérations. L'approche de la concertation veut permettre l'expression de points de vue marginaux par rapport aux centres de décisions et dont les positions sont habituellement peu représentées. Elle vise à renforcer les compétences de ces différents groupes afin de faciliter leur positionnement dans les débats sur l'avenir d'un secteur sociosanitaire. La rigueur de cette approche dépend tout d'abord de la capacité à véritablement mobiliser une grande diversité d'acteurs et à favoriser chez ces derniers le développement de compétences communicationnelles. Elle oblige les gestionnaires à céder le contrôle du plan à une collectivité et à investir dans un dispositif d'animation. Elle suppose aussi

---

3 Elle s'apparente à une approche popularisée par Guba et Lincoln (1989) dans le domaine de l'évaluation selon laquelle la construction collective et consensuelle des jugements et des représentations prédomine sur l'utilisation d'informations dites objectives. Par ailleurs, cette approche reconnaît un rôle à l'information et aux données pour favoriser l'évolution d'un processus d'échange entre acteurs qui serait bloqué par des conflits. Les frontières entre les différentes approches sont pratiquement difficiles à établir.

de relâcher les échéances et d'accepter un processus plus incrémental que l'approche politique puisque le modèle de la concertation s'appuie sur un long processus d'apprentissage collectif.

La planification concertée implique une transformation des modalités de formulation et de mise en œuvre des plans. Les gestionnaires ne monopolisent plus la planification et acceptent finalement un déplacement des pôles de régulation du système sociosanitaire vers la collectivité. Ils sont une ressource de médiation aspirant à l'expression intégrale de la diversité des préférences et des représentations chez les acteurs concernés par un domaine. Cette approche est attrayante dans la mesure où elle peut accroître la démocratisation de la gouverne de secteurs sociaux marqués par une forte incertitude dans la détermination de solutions aux problèmes et une faible convergence des préférences des acteurs. Elle exige une capacité collective à soulever des controverses et à produire des éléments efficaces pour les désamorcer. C'est là que la production d'information sur les secteurs d'activité concernés peut entrer en jeu et structurer des dynamiques proches du modèle technocratique (importance accordée à l'information objective, voir aussi la note 3 à ce sujet) ou du modèle politique (l'information pour baliser la négociation entre acteurs aux stratégies potentiellement divergentes). L'approche de la concertation commande donc un apprentissage collectif fort pour éviter les dérives vers les deux autres modèles. En effet, elle oblige à une vigilance constante pour éviter que les compétences de certains dans l'utilisation des informations et dans la négociation ne minent l'expression de la complexité et de la diversité des points de vue.

Cette typologie ne prétend pas couvrir tout l'univers des stratégies de planification mais pose trois logiques qui peuvent se manifester à intensité variable dans la mise en forme d'un PROS. Les exercices de planification dans le domaine de la santé ne s'appuient vraisemblablement pas sur une seule approche mais conjuguent à travers le temps des ingrédients des différents modèles. Regardons maintenant le cas d'un PROS en santé mentale pour mieux comprendre comment s'actualisent les différentes logiques planificatrices sur le terrain.

Le cas d'un PROS en santé mentale

Les PROS en ce domaine font suite à la Politique de santé mentale du Québec, elle-même influencée par le rapport Harnois. Élaboré en 1989, implanté en 1991, le PROS en santé mentale de la Montérégie vise, par un « portrait » de l'organisation des services en ce secteur et par la mise en place de certains mécanismes (gestion et financement par programme, approche par objectifs et résultats, décentralisation et participation), à mettre en œuvre les orientations prônées par le présent mouvement de réforme. Pour ce faire, la démarche du PROS est orientée par des acteurs mobilisés selon une logique tripartite comprenant des représentants du secteur institutionnel, communautaire et intersectoriel. Cette formule a donné lieu à la formation d'un comité tripartite régional et à neuf comités tripartites sous-régionaux en santé mentale. Afin de mieux desservir les nouveaux rôles attribués à l'instance régionale, ces derniers comités sont remplacés en 1993 par sept tables de concertation multisectorielles. L'exemple de la Montérégie comporte certes des similitudes avec les autres PROS implantés dans ce secteur dans les autres régions ou, encore, avec les autres PROS implantés en Montérégie dans ses différents secteurs. Nous ne pouvons, néanmoins, nous prononcer sur la ressemblance du cas présenté avec d'autres expériences de planification régionale d'organisation des services. Cette brève présentation d'un cas ne cherche qu'à mettre en évidence le potentiel des trois logiques planificatrices exposées ci-dessus dans la conduite de ce type de démarche.

Le PROS en santé mentale s'inscrit ainsi dans une recherche d'appariement des services aux besoins de la population. Cet objectif est au centre du PROS et représente le point sensible autour duquel le jeu de la planification cherchera à faire des arbitrages parmi des représentations et des logiques de production souvent divergentes. L'atteinte de ces objectifs rationnels est soumise à une forte pression dans un contexte de rareté accrue des ressources et de renforcement des fonctions de gestion attribuées à la Régie régionale. Le PROS n'est qu'un moyen d'intervention publique parmi d'autres dans le domaine sanitaire et social, mais néanmoins l'un des plus importants mis en œuvre par les régies régionales pour structurer leurs nouveaux rôles. Définir ce qu'est un PROS en santé mentale oblige à

saisir en quoi le contexte pénètre les intentions planificatrices et comment les méthodes véritablement utilisées traduisent les préférences des acteurs et les contraintes ressenties au moment de son élaboration et de son implantation. Brièvement, l'observation d'un PROS en santé mentale révèle sa nature hybride.

Le PROS est fortement technocratique dans sa volonté de quantifier les besoins et l'offre de services en vue de produire des règles simples et en apparence rationnelles pour prendre des décisions en matière d'allocation des ressources. Ces règles sont avant tout destinées à appuyer la Régie régionale dans l'exercice de ses fonctions de gestion. Le PROS est aussi politique puisqu'il s'appuie sur une dynamique de cooptation des acteurs à l'intérieur de différents comités en vue de faire un exercice de définition et de priorisation des enjeux. Ce mode de planification s'apparente à notre définition de l'approche politique puisqu'il vise du point de vue des responsables de la planification à susciter à la fois l'adhésion à cet effort régional et à nuancer aussi le contenu du plan par des informations supplémentaires et locales (sous-régionales). La place de la concertation dans ce processus est plus difficile à définir. Notamment, l'implantation de tables sous-régionales multisectorielles, comme nouvelle structure participative du niveau central, favorise une approche concertée. Des acteurs centraux siègent à ces tables dans chacune des sous-régions et non pas uniquement des intervenants comme c'est le cas pour les tables sectorielles. Ce procédé favorise l'émergence de coalitions sous-régionales propices à une régulation locale du système de santé. Par contre, l'emprise actuelle de la logique technocratique sur les modes de gestion ainsi que l'impératif de consolider rapidement les pouvoirs du niveau régional s'éloignent du modèle de la concertation.

Ces éléments empiriques tracent les contours du PROS en tant qu'outil de gestion et permettent de suggérer une première définition de cette initiative : « Les PROS sont des outils de pilotage du réseau dans une perspective de régionalisation des fonctions allocatives et d'organisation des services appuyés sur une connaissance élargie des besoins et de l'offre de services.» En définitive, le projet PROS en santé mentale que nous venons d'observer produit des connaissances nouvelles sur le réseau mais largement balisées par les objectifs technocratiques de rationalisation de l'offre et de transparence de l'information. Les producteurs de soins influencent aussi fortement la définition et la priorisation des problèmes. Les PROS semblent à cet égard pouvoir favoriser l'émergence de conventions donnant lieu à des arbitrages jusque-là jugés peu probables dans ce domaine. Le rôle des organismes communautaires, notamment, est mieux connu et tout vraisemblablement plus légitime. Toutefois, cet exercice ne permet pas jusqu'à ce jour de réallouer des ressources et d'effectuer des transferts de ressources des hôpitaux au secteur communautaire. Le poids des contraintes actuelles oblige pourtant à financer de nouvelles initiatives à même les ressources en place.

À première vue, le cas que nous avons observé s'apparente fortement à une démarche classique de planification dans laquelle les gestionnaires structurent un processus de représentation par quantification et normalisation de l'offre et la demande. L'urgence pour la Régie régionale de consolider rapidement ses capacités de gestion la pousse vers une telle approche. Par ailleurs, elle doit aussi instaurer sa légitimité et de ce fait elle met en place des comités régionaux et sous-régionaux pour alimenter sa démarche de planification. L'approche technocratique s'appuie ainsi sur le politique pour faciliter l'action de la Régie régionale et la rencontre de ses nouvelles responsabilités. Une telle démarche n'est certes pas innovante mais peut sensibiliser les décideurs à de nouvelles informations peu considérées jusque-là pour l'organisation des services en santé mentale. De plus, ce qui distingue la démarche PROS des modes habituels de fonctionnement est l'ampleur de la mobilisation associée à ce projet. Le risque est, étant donné la perspective de développement adoptée initialement dans la démarche PROS, qu'un tel exercice se limite à faire des constats sur les besoins sans vraiment mener à des interrogations sur les façons de faire. Le mode de planification technocratique avec son volet politique pourrait conduire dans ce cas à une reproduction des logiques existantes plutôt qu'à une transformation des pratiques conforme aux objectifs de la Politique en santé mentale. À plus long terme, selon l'évolution des processus de concertation dans les sous-régions, il est probable que la démarche du PROS soit porteuse de changements significatifs dans les schémas d'allocation des ressources et l'organisation des services en santé mentale. En effet, les fondements de l'approche concertée sont de remettre en question les formes actuelles d'organisation et d'intervention en mettant en valeur de nouvelles représentations.

Les enjeux dans l'affirmation du projet PROS

Les PROS sont une intervention au contour flou et variable. Il n'y a pas un seul modèle de PROS et ce n'est qu'à partir de l'examen du processus concret d'actualisation de ce dispositif que l'on peut amorcer une mise en évidence des enjeux auxquels cet outil donne lieu. Dans le cas à l'étude, ces enjeux sont de deux ordres : les enjeux d'instrumentation renvoient aux mécanismes de mise en forme de l'outil PROS et les enjeux d'inscription relèvent des rapports entre le projet planificateur et l'univers des événements qui animent l'ensemble du réseau sanitaire et social à un moment donné. L'examen de ces enjeux permet de faire des propositions sur la capacité de régulation du projet PROS en santé mentale.

Les enjeux d'instrumentation

Les enjeux d'instrumentation se rapportent aux choix des méthodes de planification et des outils de connaissance dans l'élaboration et l'implantation du PROS. Ces choix ont des répercussions directes sur la légitimité du projet planificateur dans le réseau sociosanitaire. D'un point de vue instrumental, le PROS, dans le cas observé, est avant tout un outil de connaissance pour l'instance régionale du secteur de la santé mentale. La recherche d'une représentation globale du réseau passe par une formalisation accrue. L'ambition, à ce niveau, est de se doter d'instruments prenant la forme d'indicateurs en vue de mettre en parallèle les besoins et les ressources dans des ensembles sous-régionaux et d'augmenter ainsi la capacité d'intervention du niveau régional. La démarche PROS comprend aussi une instrumentation de nature sociale basée sur la création de comités consultatifs ou décisionnels sur le plan de la définition et de la priorisation des enjeux. Cette technologie sociale vise à introduire les spécificités sous-régionales dans la lecture des besoins et de l'offre. Le décalage éventuel entre les représentations des besoins fournies par des indicateurs standardisés et les besoins inscrits dans une dynamique socioculturelle locale risque de poindre à tout moment et de porter atteinte à la légitimité du PROS.

Concrètement, la tension entre logique régionale et sous-régionale inscrite dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du PROS suscite une attention à des dimensions difficiles à intégrer dans un modèle formalisé de planification. Ce premier enjeu est de taille puisqu'il confronte directement les ambitions pragmatiques de l'effort de planification avec le devenir d'un acteur régional qui ne peut se construire uniquement sur l'exercice de ses fonctions de gestion. Le choix des comités et de la consultation symbolise une ouverture aux dynamiques sous-régionales et structure les attentes à l'égard de la démarche PROS. Il ouvre à une argumentation sur la pertinence des outils produits par la Régie et sur le réalisme d'un tel système de gestion. La Régie, dans une recherche d'affirmation de ses nouveaux pouvoirs et de construction de sa légitimité, a toutefois besoin de tels outils pour consolider son action. À plusieurs reprises, la propension de la Régie à vouloir formaliser son action par des règles managériales rationnelles et des techniques est apparue manifeste. Le maintien d'un équilibre entre une régulation locale et une régulation régionale de l'offre de services en santé mentale paraît être un enjeu déterminant dans l'évolution et la légitimité du PROS. L'inattention aux logiques et aux préférences locales peut favoriser une démotivation des milieux consultés et cela, d'autant plus, si les décisions mises de l'avant par l'instance régionale ne tiennent pas compte des consensus locaux, notamment en ce qui concerne l'allocation des ressources.

Le travail de définition des besoins ne renvoie pas seulement à une juste appréciation des réalités sous-régionales, mais oblige aussi à un découpage des niveaux d'intervention et des différentes clientèles. Ce découpage, dont l'exemple le plus courant trace des frontières entre les secteurs primaire, secondaire et tertiaire met en lumière des logiques et des objectifs d'intervention souvent divergents. Répartir et apprécier l'offre de services ou de soins parmi ces niveaux, c'est aussi entériner ou menacer une division du travail précise et un certain rapport de force parmi les intervenants. Le PROS permet de traduire explicitement de nouvelles formes de prise en charge et peut éventuellement suggérer de nouveaux rôles pour certains acteurs. Ce questionnement sur la division du travail sanitaire a d'autant plus de chances d'émerger dans un contexte où la Régie recherche des modes alternatifs de production des services. Il y a ici une convergence possible des intérêts d'acteurs a priori éloignés comme le secteur alternatif et le pôle régional technocratique. L'ouverture véritable à d'autres acteurs oblige par contre à

sortir des cadres technocratiques ou de la tactique politique en faveur d'une approche concertée, dont la potentialité peut être restreinte si les rapports de force entre acteurs, coalisés dans ce processus, sont trop inégalitaires. Le PROS, en tant qu'instrument technocratique et quelque peu politique, fournit donc des occasions d'apprentissage pour la Régie et de valorisation d'acteurs plus ou moins visibles jusque-là. La démarche de cooptation des sous-régions renforce, pour sa part, la dynamique locale et la mobilisation de groupes d'acteurs dont les rapports étaient, avant, plutôt inexistants. Néanmoins, l'impact de ce PROS en santé mentale sur la structure de la division du travail sanitaire semble limité.

Pour résumer, trois enjeux d'instrumentation sont déterminés lors de l'examen d'un PROS en santé mentale :1) la difficulté à réconcilier la complexité des représentations sous-régionales des besoins et de l'offre avec un outil technocratique de planification des services, 2) les controverses suscitées par l'explicitation des rôles d'intervenants jusque-là peu visibles, et 3) les limites du projet planificateur, conçu dans la logique technocratique et quelque peu politique, à susciter une nouvelle structuration de l'organisation des services, suivant ainsi les objectifs de la Politique en santé mentale. Face à ces enjeux d'instrumentation, il est probable que le PROS évolue concrètement vers des modèles hybrides s'appuyant à la fois sur des logiques technocratique, politique ou de concertation afin d'accommoder ces tensions et de conserver une certaine légitimité. Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que plus le PROS s'adresse à un champ difficile à appréhender étant donné l'incertitude entourant l'efficacité et la pertinence des interventions et que la détermination des responsabilités d'intervention parmi différents acteurs est sujette à de fortes controverses (ce qui est le cas du secteur de la santé mentale), plus la méthodologie de la concertation et les tactiques politiques prendront le dessus et deviendront des options attrayantes pour une Régie régionale soucieuse de conserver un minimum de légitimité dans l'exercice de ses fonctions. On pourrait ajouter à cela que l'information joue aussi un rôle prédominant en contribuant à déplacer les frontières entre les différents producteurs de soins et entre les différents champs d'intervention.

Les enjeux d'inscription

Les enjeux d'inscription se rapportent aux réseaux d'interaction structurés par le PROS et à son positionnement dans les circuits de décision et d'action. Ces enjeux d'inscription se traduisent par des problèmes de diffusion et des problèmes liés à la gestion des événements perturbateurs.

La problématique de la diffusion renvoie à la présence du PROS dans les modes de réflexion et d'action des acteurs du réseau. À cet égard, le PROS ne peut faire preuve d'innovation dans le système sociosanitaire s'il se limite à un outil d'allocation des ressources aux mains de la Régie régionale et dont l'utilisation est périodique. Le PROS, pour donner lieu à de nouveaux arrangements parmi les acteurs et les ressources, doit marquer les échanges entre acteurs de ce même réseau. Ainsi, il ne s'agit pas d'arriver à un mode incontestable sous couvert de rationalité de planification, mais bien de rendre le PROS utile lors des négociations inévitables touchant l'allocation des ressources et la priorisation des interventions. Pour certains, le PROS est resté un outil commode pour la Régie régionale sans devenir un espace stratégique significatif.

L'implantation de la logique d'intervention du PROS est de nature évolutive. Tout comme la Régie qui doit s'approprier les nouveaux pouvoirs accordés à la suite de la réforme, les acteurs locaux doivent s'approprier le potentiel de décentralisation associé à la démarche du PROS. La mobilisation d'acteurs dominants du réseau sociosanitaire au sein d'une instance sous-régionale unifiée, telles les tables sous-régionales, favorise l'appropriation du PROS comme instance stratégique. La signification stratégique du PROS varie selon la conception de cette intervention. Pour certains, il n'est qu'un outil formalisé de planification et reste enraciné dans sa logique initiale de réponse à des besoins dans un contexte de développement sur le plan des ressources. Pour d'autres, le PROS représente un processus organisationnel ouvert mettant de l'avant les grandes orientations promues par la réforme : gestion et financement par programme, approche par objectifs et résultats, décentralisation et participation. Cette deuxième représentation du PROS est présente chez des acteurs régionaux et sous-régionaux et semble porteuse d'une dynamique intéressante pour renouveler le système dispensant les services

sociosanitaires. Elle est aussi cohérente avec un renforcement des logiques de planification politique et de concertation.

Pour l'instant, le PROS en santé mentale a tout de même permis de mieux connaître le réseau et de favoriser un meilleur positionnement d'acteurs tels les organismes communautaires. L'effort de planification augmente la disponibilité de l'information nécessaire au développement éventuel d'un espace stratégique autour du PROS. Évidemment, l'information, tout comme la mobilisation d'acteurs sous-régionaux et la signification du PROS en tant que processus organisationnel pour la mise en œuvre des principes de la réforme, ne peut suffire ou être laissée à elle-même. L'instance régionale doit mettre en œuvre des incitatifs favorisant l'adhésion des acteurs aux orientations de la réforme par l'intermédiaire des PROS, et ici plus précisément, de la Politique de santé mentale. Le recours aux mécanismes d'appels d'offre, surtout s'ils favorisent des projets obligeant à des relations interorganisationnelles, peut représenter une voie possible d'incitation. Ce recours ne doit néanmoins pas se faire uniquement à la marge du système, comme c'est le cas actuellement. Les appels d'offre ne peuvent qu'être porteurs d'une réelle dynamique d'intégration et de coordination des services s'ils sont dirigés vers les enjeux réels d'allocation financière du système. L'enjeu de diffusion du PROS pose donc des problèmes concrets d'intervention pour la Régie régionale. Le PROS n'a pas en soi une forte capacité d'attraction, du moins pour les établissements du réseau, les organismes communautaires étant plutôt valorisés dans un tel processus. Son emprise sur les circuits de décision et d'action dépend largement des dispositifs que l'on développe pour le rendre significatif dans les systèmes d'action concrets des acteurs.

La problématique de la diffusion renvoie aussi à la présence de l'usager et des représentants des trois secteurs dans l'élaboration et l'implantation du PROS. La notion d'usager couvre évidemment plusieurs réalités allant d'une représentation directe auprès de l'instance régionale selon des mécanismes prévus par la loi à une représentation indirecte par des organismes communautaires ou différentes associations d'usagers. Cette dernière forme de représentation est généralement spécialisée et paraît donner lieu actuellement à une inscription plus manifeste du point de vue des usagers dans le projet PROS en santé mentale. Dans l'ensemble, la connaissance du PROS et surtout des stratégies pour se positionner à l'intérieur de ce projet est loin d'être acquise par les usagers ou leurs instances représentatives, d'autant plus qu'en santé mentale se pose tout le problème de la stigmatisation des usagers.

L'introduction de nouveaux acteurs (organismes communautaires et l'intersectoriel) dans les instances décisionnelles et consultatives de régulation du réseau, dont notamment le PROS en santé mentale, est un des mécanismes centraux mis en place pour effectuer la réforme et mettre en œuvre la Politique en santé mentale. La formule tripartite des comités a un potentiel démocratique étant donné son caractère représentatif. Ce rééquilibrage des forces en présence devrait changer la dynamique du réseau et les intérêts qui s'exprimeront autour du PROS. Particulièrement en santé mentale, la formule tripartite permet, dans un premier temps, de s'éloigner de la position des psychiatres et, ainsi, d'ouvrir à de nouvelles approches dans ce secteur. Par ailleurs, la profession médicale est un acteur incontournable dans ce domaine et d'autres mécanismes auraient dû être mis en place pour favoriser leur cooptation dans le processus de réforme. Dans l'ensemble, la formule tripartite s'est révélée jusqu'à maintenant un outil insuffisant pour modifier significativement la dynamique du réseau en santé mentale. La mobilisation d'un éventail plus large d'acteurs paraît être une condition nécessaire mais non suffisante pour transformer ce système. La jeunesse du mouvement communautaire, la confrontation entre l'alternatif et l'institutionnel, une instance régionale en phase d'apprentissage de sa nouvelle mission et un rôle relativement effacé jusqu'à ce jour de l'intersectoriel peuvent expliquer en partie cette situation.

La seconde dimension des enjeux d'inscription marquant l'évolution du PROS se rapporte à la gestion des événements perturbateurs. Cette problématique découle de la réactivité relativement forte du processus de planification aux facteurs d'évolution du secteur sanitaire et social. Tout d'abord, le PROS subira les effets des principes défendus sur le plan politique à un moment donné pour l'organisation des services en santé mentale. Il y a des principes généraux touchant la rationalisation de l'offre et la maîtrise des dépenses de santé. Il y a aussi des principes particuliers comme la valorisation de la désinstitutionnalisation. Le PROS en santé mentale, tout en étant un produit régional, doit intégrer ces contraintes dans ses propositions d'organisation des services. Les différentes logiques planificatrices

évoquées plus haut ne sont pas indépendantes de cette problématique. Le souci actuel pour l'assainissement des finances publiques et pour un dosage des investissements dans le système de soins en fonction d'une efficacité démontrée modifient la manière dont les instances régionales s'approprient les PROS.

La tangente que prendra la présente reconfiguration du réseau sera ainsi déterminante quant à l'inscription du PROS dans l'espace stratégique de régulation régionale du système. La gestion et le financement par programme en voie d'implantation dans le réseau ne peut qu'avoir contribué à ce stade-ci à limiter les répercussions attendues du PROS. Les systèmes d'information nécessaires à sa mise en œuvre sont en développement et freinent ainsi le fonctionnement de la gestion par programme. L'approche par programme se heurte aussi à l'organisation de la production des services et aux modalités d'allocation financières basées sur des structures bien établies. Le PROS dépend ainsi fortement d'initiatives structurantes prises pour dépasser les logiques de production en place. Les regroupements d'établissements déjà opérés dans les secteurs de l'hébergement et de la réadaptation, les regroupements en cours dans le secteur hospitalier et les éventuelles fusions d'établissements avec des missions différentes dans les petites municipalités régionales de comté (MRC) devraient favoriser une organisation du financement par programme puisque les unités de production seraient moins nombreuses et moins fragmentées. La procédure d'appels d'offre constitue, comme nous l'avons souligné, un mécanisme cohérent avec la mise en place de la gestion par programme. Le fonctionnement d'un tel dispositif à plus grande échelle commande la maîtrise de mécanismes de contractualisation dans le réseau sociosanitaire permettant d'attribuer des responsabilités de service et des mécanismes d'évaluation pour suivre la réalisation des contrats.

De même, les interventions du Ministre responsable pour préparer le transfert de responsabilités allocatives aux régions modifient le statut des PROS dans le réseau sociosanitaire. Pour l'instant, la régionalisation par l'intermédiaire des PROS et la gestion par programme s'apparente à un processus de déconcentration administrative plus qu'à un processus de décentralisation. Entre autres, toute une nomenclature régie par le Ministère oriente la définition des PROS. De plus, le processus d'approbation des PROS par le Ministère semble lourd. Le PROS en santé mentale doit, pour se positionner dans ce contexte, être précis et exhaustif d'autant plus qu'il semble être l'un des outils privilégiés par le Ministère pour gérer le processus de régionalisation. Cette situation témoigne certes de l'avancée d'une logique technocratique dans la mise en place d'une régulation régionale forte. Néanmoins, la mobilisation des acteurs régionaux et sous-régionaux peut représenter un facteur de changement important à plus long terme. Il est prématuré de dire si la planification sous toutes ces formes est une stratégie de changement efficace. Concrètement, cela oblige certainement les acteurs régionaux et sous-régionaux à maintenir un mode de planification extrêmement flexible s'ils veulent inscrire le PROS dans une dynamique de changement.

Enfin, le contexte actuel de compressions budgétaires influe probablement sur l'évolution du rôle des PROS. Dans le secteur de la santé mentale, certains facteurs laissent penser que ce contexte structurel renforce l'inscription du PROS dans les logiques décisionnelles. D'une part, la difficulté à effectuer des choix relatifs à un contexte budgétaire restrictif pousse à décentraliser la gestion de l'allocation des ressources vers les sous-régions dans le cas à l'étude. Cette décentralisation se structure au sein des comités mis en œuvre dans le processus PROS. D'autre part, dans le secteur de la santé mentale, en raison des promesses ministérielles et aux attentes en matière de réallocation régionale, ce domaine ne s'est pas comporté comme celui de la santé physique dans le processus de reconfiguration. Il n'est pas jusqu'à ce jour touché par des compressions mais par une progression beaucoup plus faible de sa dotation budgétaire. Ces facteurs semblent favoriser le maintien d'un rôle actif du PROS dans les débats régionaux et sous-régionaux autour de l'allocation et la réallocation des ressources en santé mentale.

Conclusion

Les responsables de l'opération PROS et de la planification en général sont à la recherche d'outils formalisés de gestion pour assumer leurs nouvelles responsabilités en matière d'allocation de ressources. Cette volonté de maîtriser la situation favorise la prédominance d'une logique technocratique de planification. Les interrogations des planificateurs portent principalement sur les caractéristiques des systèmes d'information à mettre en place, sur les indicateurs à développer pour baliser l'allocation des ressources et la représentation des besoins et sur les systèmes d'évaluation à implanter pour piloter le réseau sociosanitaire avec une certaine rationalité. Tout cela est louable et utile dans la mesure où les outils qui seront développés peuvent augmenter la transparence des processus de production et offrir une appréciation des retombées des interventions. Cet engouement pour les outils ne doit toutefois pas faire perdre de vue qu'ils s'intègrent à un dispositif complexe de régulation des comportements des agents et des organisations. L'outil peut favoriser une augmentation de l'interconnaissance entre les acteurs et peut donner lieu à des stratégies d'intéressement constructives en augmentant les informations publiquement disponibles (Friedberg, 1993). Mais les outils ne produisent pas en soi la totalité de la régulation, ils se limitent à en influencer le déroulement. Plus précisément, la mise au point des nouveaux outils ne va pas résoudre de façon définitive les problèmes d'allocation et d'organisation des services. Elle ne va que modifier la manière dont on peut poser les problèmes et le positionnement des différents acteurs autour de ces derniers.

Pour compléter les démarches de planification, nous avons suggéré la mise en œuvre de structures incitatives pour dynamiser la production sociosanitaire. Il s'agit là aussi d'outils de gestion, mais ils sont centrés sur la cooptation d'acteurs autour de missions de services précis. La procédure d'appels d'offre et l'implantation des tables sous-régionales constituent, en ce sens, des mécanismes incitatifs expérimentés en Montérégie mais qui doivent être approfondis. La mise en place de systèmes d'incitation et de mobilisation s'appuie sur le constat que la réforme est inachevée et qu'elle n'a peut-être pas exploré suffisamment d'autres instruments de régulation que ceux de la législation et de la planification. Par ailleurs, la réforme semble se dérouler aussi à l'extérieur de la planification entendue au sens plus classique du terme. Les informations objectives sur les services et les besoins ont leur place mais ce qu'indiquent les événements actuels est la primauté des jeux publics et des aptitudes gestionnaires à s'inscrire dans ces processus (Denis, Langley et Contandriopoulos, à paraître). Des travaux empiriques sur le rôle de la planification dans les centres hospitaliers montrent l'importance d'un leadership organisationnel fort pour mener à bien ces processus (Denis, Langley et Lozeau, 1995). Le développement du secteur de la santé mentale ne pourra donc puiser plus qu'il n'est possible dans la planification ou la Régie dans la logique technocratique. Comme on l'a souligné, cet outil est insuffisant pour assurer l'influence de nouvelles logiques et de nouveaux acteurs dans l'organisation des services en santé mentale. Les stratégies permettant de tracer un équilibre entre les secteurs institutionnel et alternatif restent à définir pour assurer des retombées significatives aux efforts de planification.

Références bibliographiques

BENVENISTE, G. (1989). *Mastering the Politics of Planning*, San Francisco, Jossey-Bass.

BRYSON, J.M. et B.C. CROSBY (1992). *Leadership for the Common Good: Tracking Problems in a Shared Power World*, San Francisco, Jossey-Bass.

DENIS, J.L., A. LANGLEY et A.P. CONTANDRIOPOULOS. Le rôle des instances régionales dans la transformation du système de santé au Québec - Le cas de la Régie régionale de Montréal Centre, *Revue française d'administration publique*, à paraître.

DENIS, J.L., A. LANGLEY, et D. LOZEAU (1995). The role and impact of formal strategic planning in public hospitals, *Health Services Management Research*, vol. 8, no. 2 : 86-112.

FRIEDBERG, E. (1993). *Le Pouvoir et la Règle*, Paris, Seuil.

GUBA, E. G. et Y.S. LINCOLN (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage.

HABERMAS, J. (1993). *Justification and Application* (traduit par C. Cronin), Cambridge, M.I.T. Press.

LANGLEY, A. (1989). In search of rationality: The purposes behind the use of formal analysis in organizations, *Administrative Science Quarterly*, vol. 34 : 598-631.

MINTZBERG, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning* , New York, Free Press.

OUTHWAITE, W. (1994). *Habermas : A Critical Introduction*, Stanford, Stanford University Press.

Chapitre 5

Les plans régionaux d'organisation de services : des outils pour la gestion des programmes

Par Nicole Berthiaume

Cette section est consacrée aux plans régionaux d'organisation de services (PROS) qui sont considérés comme un instrument très important dans le cadre de la gestion par programme et de la planification régionale. Certains sont issus des régions, d'autres ont été demandés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans des contextes très précis et rigoureux. Leur existence se trouve même consacrée par la réforme dans la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Dans le contexte des espoirs qu'ils ont suscités et des remises en question liées à la volonté de transformation du réseau sociosanitaire, notre réflexion porte plus particulièrement sur les enjeux méthodologiques des PROS.

Dans un premier temps, une mise en contexte tente de cerner leur origine, leur définition et leurs buts pour ainsi donner un aperçu de leur complexité. On relève ensuite des constantes et des limites quant à leur utilisation, en tentant de dégager le processus de construction et le cheminement à suivre dans le cadre de cette démarche. Les réflexions qui suivent ont été inspirées par la lecture de divers PROS ainsi que par les commentaires issus de participants à leur réalisation. Ce n'est ni un relevé exhaustif ni une évaluation de leur utilisation.

1. Mise en contexte

L'élaboration et la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation de services sont inscrites dans la loi au sein des fonctions relevant des régies régionales de la santé et des services sociaux. Selon l'article 347, ces plans définissent les services requis pour répondre aux besoins de la population régionale en tenant compte, notamment, des orientations, des politiques et des programmes ministériels ainsi que des ressources sociosanitaires, de la mission des établissements et des caractéristiques de cette population dans la région.

Leur utilisation plus ou moins officielle selon les programmes date de la fin des années 1980. Dans la foulée de la commission Rochon, on a voulu recentrer les services en un réseau intégré autour des besoins d'une clientèle. Cette démarche s'est faite sans orientation ou politique officielle du MSSS pour les plans ou modèles concernant les services destinés aux personnes âgées. Les premiers PROS encadrés par une politique ou des orientations particulières ont été exigés par le MSSS en déficience intellectuelle (1988) et en santé mentale (1989). La diffusion des orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes en 1990 amorçait l'élaboration d'une autre série de PROS[1].

En fait, le plan régional d'organisation de services a été conçu par le MSSS dans le contexte de la gestion par programme et de la décentralisation. On l'a vu comme un instrument de planification pour les régions et, pour le MSSS, comme un outil permettant la réaffectation des services et des ressources, comme un instrument de mobilisation de tous les acteurs du réseau sociosanitaire et des autres secteurs autour des besoins d'une clientèle[2].

---

1 CARIS, P. (1990). *Les plans régionaux d'organisation de services. Un état de situation*. Service des politiques et plans sociosanitaires, MSSS.

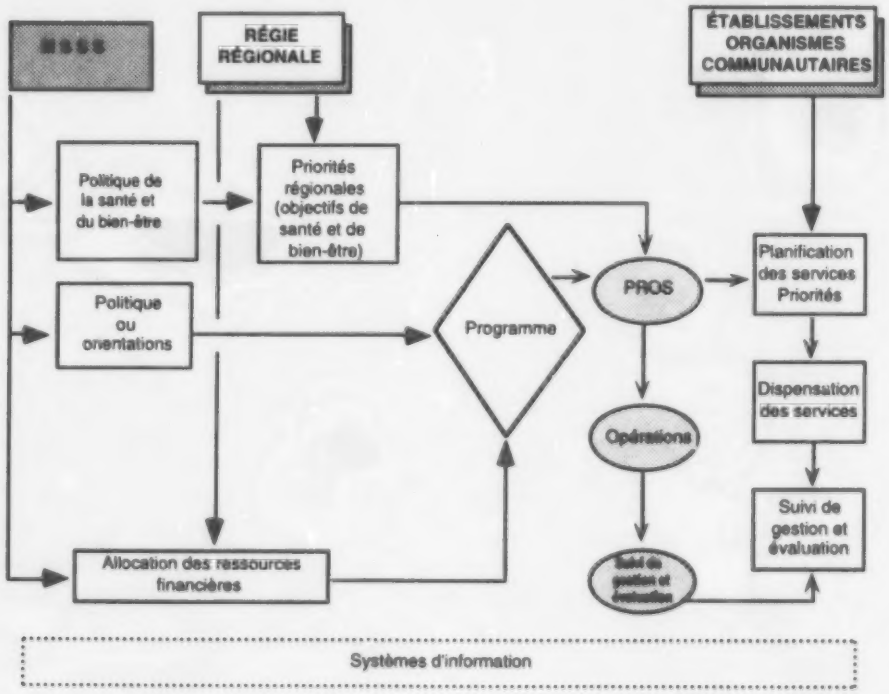
2 COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME (1994). *Rapport*, p. 26-27.

Un plan d'organisation de services est donc essentiellement un outil servant à planifier l'organisation des services et la répartition des ressources, en fonction des besoins de santé et de bien-être de la population ciblée par un programme. La notion de « programme » considérée ici porte à interprétation. Dans la note accompagnant l'article 347 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il est écrit : « Les programmes de santé dont il doit être tenu compte dans la préparation de ces plans peuvent porter sur des secteurs particuliers comme la santé mentale, la cardiologie ou d'autres.» Le comité MSSS-Régies sur la gestion par programme suggérait, en 1994, de limiter l'utilisation des PROS aux programmes-clientèles définis par le MSSS[3] .

Quoi qu'il en soit, élaborer un PROS implique une approche par territoire en référence à des populations partageant un ensemble de caractéristiques sociales ou sanitaires et requérant, à ce titre, des services et des ressources adaptés à leurs besoins. Cela diffère de l'approche traditionnelle où l'on allouait les services et les ressources en fonction des clientèles desservies par catégorie d'établissements.

La figure 1 permet de voir le contexte dans lequel un PROS est élaboré. Parmi les intrants, la concordance et l'appropriation des objectifs régionaux issus de la Politique de la santé et du bien-être dans un PROS n'est pas évidente. En outre, le rattachement des PROS au cycle budgétaire n'est pas chose faite. L'actualisation d'un PROS auprès des établissements et des organismes communautaires représente alors tout un défi. Qui plus est, les systèmes d'information disponibles ne permettent pas d'étayer suffisamment la définition des besoins et le suivi des PROS.

Figure 1 Contexte du PROS comme un outil de gestion



Source : Adaptation du schéma produit par Denys Bernier, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Octobre 1994.

3 *Ibid.*, p. 27.

L'élaboration d'un PROS est d'autant plus difficile qu'on y trouve plusieurs objets d'étude (problèmes, services, ressources, formation, recherche, évaluation, etc.). L'un des défis méthodologiques est d'y présenter simplement et avec concision les éléments les plus complexes[4].

Plus globalement, les enjeux politiques et méthodologiques s'imbriquent dans le cadre de la réalisation d'un PROS. La réussite d'un PROS, dans le sens des chances qu'il a d'être appliqué, dépend de l'équilibre atteint entre les approches rationaliste et participative. En d'autres mots, l'approche méthodologique doit soutenir le processus de participation et de décision, dans le contexte propre à chaque PROS[5].

2. Contenu d'un PROS

Le contenu d'un PROS s'articule essentiellement autour des étapes suivantes :

— la définition des besoins de la population ciblée et des objectifs prioritaires;

— la répartition des services et des ressources en fonction de la gamme des services requis et des rôles respectifs des dispensateurs de services;

— la détermination des moyens et des conditions de réalisation;

— 'élaboration d'une démarche d'évaluation;

Ces étapes sont analysées tour à tour dans les pages qui suivent.

2.1 Définition des besoins et des objectifs prioritaires

Afin d'effectuer le virage clientèle, toute la démarche de réalisation d'un PROS repose sur l'analyse et la définition des besoins des populations et des clientèles ciblées[6]. La notion de besoin fait ici référence « à une forme d'écart entre deux situations, deux états de santé ou de bien-être : un état optimal, un autre réel[7].» Dans le cadre d'un PROS, un besoin résulte des constats portés sur les caractéristiques sociosanitaires des populations et des clientèles régionales. Il est ensuite traduit en objectif. Enfin, le choix des objectifs prioritaires se fait en lien avec les orientations du programme.

---

4 BERNIER, D. (1993). *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation de services?* Allocution lors du colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale de la santé et des services sociaux, Congrès de l'ACFAS, RRSSS de Québec, p. 3.

5 TREMBLAY, M. (1993). *Un modèle de répartition des ressources par programme : à la recherche de l'équité entre la mesure et la concertation.* Notes pour la conférence présentée dans le cadre du 61e congrès de l'ACFAS, à Rimouski, les 17 et 18 mai 1993, RRSSS de la Montérégie, p. 2.

6 *Ibid.*, p. 6.

7 PAMPALON R. *et al.* (1995). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Groupe technique sur les indicateurs de besoins, Collection Méthodologie et instrumentation, MSSS, Gouvernement du Québec, p. II.

2.1.1 Inventaire des caractéristiques sociosanitaires des populations et des clientèles ciblées

Élaborer un PROS implique de recueillir une somme importante d'informations sur les caractéristiques sociosanitaires des populations ciblées et sur les clientèles concernées. Cela devient d'autant plus complexe que, traditionnellement, ces informations ne sont pas rendues disponibles en fonction des programmes-clientèles.

Voici, en bref, les types d'informations qui ont pu être recueillies dans les PROS en santé mentale, en déficience intellectuelle et pour les personnes âgées[8].

En **santé mentale**, on a procédé, dans la plupart des cas, à une description simple d'un certain nombre d'indicateurs sociaux et sanitaires selon la région et ses principales composantes. Pour cela, on a fait appel aux données de Santé Québec, celles concernant la détresse psychologique, le bien-être psychologique, les idées suicidaires et les tentatives de suicide ainsi que la prévalence des problèmes psychologiques sévères. On a également recouru a des indicateurs indirects (facteurs associés) de santé mentale, tirés du recensement canadien, tels que les proportions de personnes à faible revenu, de familles monoparentales, de personnes seules, de personnes sans emploi, de personnes séparées ou divorcées, de personnes sous-scolarisées, etc. Dans certains cas, des données de mortalité (le taux de suicide), de même que celles portant sur la morbidité hospitalière ou encore des données d'enquête permettant d'estimer les besoins ont aussi été mises à profit.

En **déficience intellectuelle**, l'identification de la population de référence et de la clientèle à desservir a suscité l'utilisation d'estimations, de recensements et d'enquêtes. Pour estimer le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dans les régions, on a souvent utilisé le même taux de prévalence (reconnu par le MSSS) ventilé selon le niveau de déficience et appliqué à toute la population ou aux moins de 65 ans. On a aussi cherché à estimer les personnes requérant des services particuliers en raison de leur déficience intellectuelle à l'aide de taux tirés d'études américaines. Quelquefois ventilés selon le type de services et l'âge, ces taux ont été appliqués à la région, aux MRC ou encore aux territoires de CLSC. Enfin, des régions ont circonscrit la clientèle connue ou desservie pour leur déficience intellectuelle, à l'aide des résultats d'un questionnaire, des rapports statistiques annuels d'établissements ou à la suite d'un recensement.

Pour **les personnes âgées en perte d'autonomie**, on a souvent procédé à des estimations à partir de données concernant l'incapacité et le besoin d'aide tirées de l'enquête sur la santé et les limitations d'activité de Statistiques Canada (ESLA) ou encore de l'enquête Santé Québec. À celles-ci, on a ajouté des indicateurs issus des normes et des estimations en référence à des documents du MSSS, par exemple, pour les services réguliers et intensifs de maintien à domicile, la réadaptation, etc.

Comme on peut le constater, on a très souvent eu recours à des **indicateurs**, soit des données quantitatives, notamment, sur l'état de santé de la population, la clientèle potentielle, la clientèle desservie, l'utilisation des services, les habitudes de vie, les conditions environnementales, pour l'élaboration des PROS.

---

8 *Ibid.*

Certes, les indicateurs constituent des balises pour la planification, mais étant donné leurs limites, ils sont nettement insuffisants pour fonder exclusivement sur eux le travail d'élaboration et de suivi des plans[9]. Parmi les limites d'une approche par indicateurs, mentionnons les suivantes :

— les frontières géographiques ne correspondent pas nécessairement aux frontières démographiques, économiques, sociosanitaires, etc. C'est davantage le cas en milieu rural qu'en milieu urbain;

— ce sont les conditions d'un passé plus ou moins récent qui sont décrites;

— il est très difficile de valider empiriquement le nombre et le type d'indicateurs à retenir;

— les statistiques d'utilisation des services sont généralement des indicateurs peu valides des besoins de populations[10].

Par contre, « l'un des avantages le plus manifeste des indicateurs est sûrement de permettre de discriminer entre des populations, des problématiques ou des territoires[11] ».

Cependant, « les indicateurs sont, à l'heure actuelle, en quelque sorte victimes de leur succès et on a tendance à s'y référer de façon trop exclusive[12] ». Ainsi, il ne faut pas négliger des formes de cueillette de données directement auprès des milieux concernés (informateurs clés, groupes de discussion, etc.).

Enfin, « le travail sur les indicateurs échappe complètement au citoyen et aux partenaires, alors qu'il pourrait en être autrement[13] ». Ceux-ci peuvent, notamment, intervenir dans le choix des indicateurs à utiliser pour les problèmes concernés ainsi que dans la réflexion quant aux liens entre les indicateurs, les problèmes et les solutions possibles. Il leur revient aussi de signaler des usages inappropriés ou dysfonctionnels des indicateurs et d'attirer l'attention sur l'émergence de nouvelles problématique [14].

Par ailleurs, comme on manque d'informations quand vient le temps d'élaborer un PROS, on investit souvent beaucoup de temps et de travail à réaliser des études préparatoires pour circonscrire la situation. En fait, l'élaboration d'un PROS se situe dans une perspective de gestion globale d'un programme. C'est en investissant avant la réalisation d'un PROS dans les autres composantes du modèle de gestion (figure 2) qu'on allège le processus d'élaboration du PROS[15].

---

9 MERCIER C. et E. CORIN (1993). *La pertinence des indicateurs sociosanitaires pour l'élaboration et le suivi des plans régionaux d'organisation de services*, Colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé, 61e congrès de l'ACFAS, Rimouski, Département de psychiatrie de l'Université McGill et Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, p. 1.

10 *Ibid.*, p. 2-3.

11 *Ibid.*, p. 4.

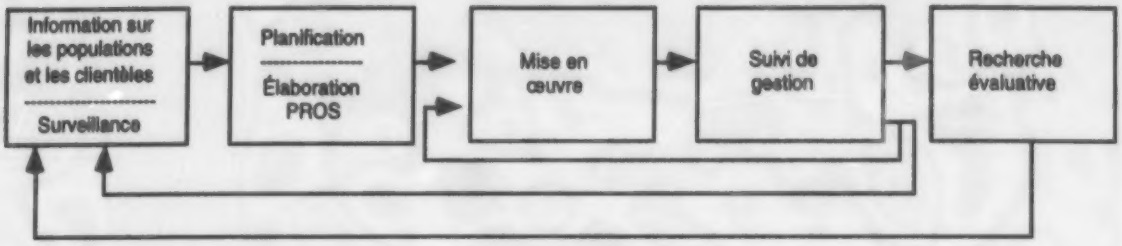
12 *Ibid.*, p. 1.

13 *Loc. cit.*

14 *Ibid.*, p. 5.

15 BERNIER, D. *Comment alléger le processus d 'élaboration des plans régionaux d'organisation de services? op. cit.*, p. 5.

Figure 2 Composantes de la gestion d'un secteur d'activité



Source : Adaptation de la figure produite par Denys Bernier, *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation de services*? Congrès de l'ACFAS, RRSSS de Québec, figure 1.

2.1.2 Détermination des besoins et des priorités

Les PROS déjà réalisés en santé mentale, en déficience intellectuelle et en toxicomanie ont été élaborés en référence à une politique ou à des orientations formulées par le MSSS. Ces plans reprennent, intégralement ou presque, les grands objectifs définis par le MSSS. Les liens avec la Politique de la santé et du bien-être et les objectifs régionaux qui en découlent ont souvent été faits a posteriori et ont alors constitué un exercice plus théorique que pratique.

À cette étape, une lacune importante a été de ne pas pouvoir compter sur des programmes-clientèles bien définis par le MSSS. « La définition du contenu du programme précédant une démarche de PROS permettrait de connaître a priori, et de façon exhaustive, les attentes précises du Ministère, de redéfinir les rapports entre le niveau central et les régions et de considérer, en bout de piste, les éléments sur lesquels il y aura imputabilité[16]. »

Préciser les besoins, c'est-à-dire les écarts entre la situation désirée et la situation actuelle, implique avant tout de faire le lien entre les caractéristiques relevées et les améliorations souhaitées pour l'état de santé et de bien-être de la clientèle (potentielle et actuelle). Or, nous l'avons vu, les informations disponibles pour ce faire sont limitées. C'est donc dire l'importance d'associer des usagers et des intervenants à cette étape, car leur vécu et leur expertise permettent de valider, de nuancer et de compléter les informations quantitatives disponibles pour en arriver à énoncer les besoins. Le choix des objectifs prioritaires est davantage un défi politique que méthodologique. Différentes techniques (groupe nominal, méthode Delphi, etc.) ont été utilisées dans les PROS déjà réalisés, auprès des comités aviseurs ou plus largement. En fait, ce n'est pas tant la technique retenue qui importe, mais l'envergure de l'adhésion au processus et la crédibilité de ce dernier. Malheureusement, les PROS ne sont pas toujours arrivés à refléter des priorités explicites, compte tenu de la problématique régionale et des consensus établis.

---

16 MARANDA, M.A. (1993). *Les plans régionaux d'organisation de services : la face cachée de la lune*, Présentation au colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé dans le cadre du congrès de l'ACFAS, Direction de la planification, MSSS, Rimouski, mai 1993, p. 9.

2.2 Répartition des services et des ressources du programme

Dans la démarche de planification alors entreprise, la répartition des services et des ressources du programme constitue un enjeu fondamental lié à l'accès aux services pour la clientèle et aux responsabilités des dispensateurs de services. D'ailleurs, cette répartition fait l'objet d'intenses négociations entre les partenaires concernés[17].

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* souligne que les PROS « doivent préciser la contribution attendue de chaque établissement et chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés dans la politique ou le programme » (article 347). En outre, les établissements doivent respecter les PROS lorsqu'ils planifient leurs services (article 105) et ils doivent en tenir compte dans la détermination de leurs priorités (article 171). La loi stipule aussi que les plans « doivent prévoir les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région » (article 354).

En fait, la répartition des services et des ressources dans un PROS implique de préciser :

— les responsabilités respectives des établissements et des organismes communautaires dans le cadre du programme;

— les modalités d'accès aux services;

— les complémentarités prévues avec les réseaux de services des autres programmes et des autres secteurs[18].

Dans cette optique, répartir les services et les ressources d'un programme signifie de mesurer leur disponibilité pour ensuite déterminer un processus d'allocation ou de réallocation des ressources.

2.2.1 Mesure de la disponibilité des services et des ressources

La disponibilité des services et des ressources se mesure en référence à la gamme des services requis et aux besoins de la clientèle déterminés auparavant. Ces besoins sont transposés en services, puis ces services en ressources[19] selon la gamme des services requis (promotion, prévention, réadaptation, etc.). Un PROS comprend un portrait plus ou moins détaillé des services et des ressources disponibles au moment de son élaboration, portrait que l'on compare avec l'estimation des services et des ressources requis.

Inventaire des services et des ressources

L'inventaire de ce qui existe déjà en services et en ressources peut être réalisé au moyen d'un questionnaire ou à partir des rapports annuels rédigés par les différents organismes ou établissements offrant des services à la clientèle visée par le plan. « La cueillette, l'analyse et l'interprétation des données à ce stade peuvent devenir la pierre d'achoppement du PROS. Les données sont parfois peu valides, difficiles à comparer et l'interprétation en est délicate[20].»

---

17 TREMBLAY, M., *op. cit.*, p. 5.

18 COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME (1994). *Rapport*, p. 27-28.

19 PAMPALON R. *et al.*, *op. cit.*, p. 12.

20 TREMBLAY, M., *op. cit.*, p. 7.

En effet, « faire éclater une organisation de services basée sur une approche par établissement au profit d'une approche par programme n'apparaît pas évidente en soi. Le recensement des services offerts dans le réseau sociosanitaire et des budgets inhérents suscite la méfiance. Les uns craignent d'entendre parler de réallocation budgétaire. Les autres se replient derrière l'absence d'éléments capables de traduire la réalité dans les composantes budgétaires[21] » du programme.

Il est donc important de travailler en étroite collaboration avec les dispensateurs de services selon une méthode de cueillette d'informations adaptée et crédible.

Estimation des services et des ressources requis

L'estimation des services et des ressources requis est fondée sur une revue de documentation, sur des données d'enquêtes concernant l'état de santé ou les besoins en services de la population, sur l'analyse, notamment, de taux de consommation et de satisfaction des services disponibles, de l'efficacité et de la pertinence des services. Une approche par consensus d'experts (impliquant des intervenants, des usagers, etc.) permet de bien circonscrire cette estimation.

Ainsi, une méthode appliquée dans le cadre d'un PROS consiste à utiliser des indicateurs pour estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un type de services dans une année, la quantité moyenne de services et de ressources per capita et les coûts des services requis. Cette méthode implique la participation des partenaires pour le choix des indicateurs qui serviront à estimer la situation désirée en référence à la gamme des services retenue. On y compare ensuite la situation désirée à la situation actuelle pour obtenir le portrait de l'écart entre les services dont la population a besoin et les services disponibles. Cela permet de vérifier si l'on rejoint toutes les personnes que l'on souhaite rejoindre, si on leur offre les services dont elles ont besoin et si l'on dispose des ressources physiques, humaines et financières en quantité suffisante[22].

Qu'elle s'inspire d'une méthode quantitative de ce type ou d'une méthode plus qualitative en fonction des informations disponibles, l'estimation se fait à la fois selon la gamme de services requis pour le programme (promotion, prévention, réadaptation, etc.) et selon les territoires.

2.2.2 Détermination d'un processus d'allocation et de réallocation des ressources

Le processus d'allocation et de réallocation des ressources financières dans le cadre d'un PROS conduit, notamment, à la détermination de priorités financières en référence aux objectifs prioritaires retenus. On y considère aussi l'amélioration de l'efficience du réseau régional des services et des dispensateurs, les réaménagements entre services, par exemple, les places dévolues selon les clientèles, etc.

Le choix d'un tel processus est donc très délicat tant sur le plan politique que méthodologique. Dans les PROS déjà réalisés, cette étape est souvent escamotée. On se limite à demander des crédits additionnels. On fait rarement mention de possibilités de réallocation étayées.

Une méthode utilisée dans quelques PROS consiste à établir un indice de déficit relatif pour mesurer la disponibilité des ressources financières, par exemple en calculant le ratio de l'écart entre les ressources requises et actuelles par rapport aux ressources requises[23]. Cette méthode répartit ainsi les ressources financières entre les territoires de la région, selon la gamme de services requis.

---

21 GAUDREAULT, V. (1993). *Le plan régional d'organisation des services en santé mentale : bilan critique de l'expérience*, RRSSS de la Côte-Nord, Direction de la gestion des programmes, mai 1993, p. 6.

22 TREMBLAY, M., *op. cit.*, p. 7-8.

23 *Ibid*, p. 9.

2.3 Planification des moyens et des conditions de réalisation

À ce jour, les PROS tentaient, pour la plupart, d'intégrer les moyens d'action et leurs conditions de réalisation, ce qui peut alourdir de beaucoup le processus d'élaboration. En outre, les efforts investis pour l'élaboration étaient souvent plus importants que lors de la mise en œuvre des PROS[24].

Pour alléger l'élaboration d'un PROS, on peut, dans un premier temps, définir les orientations à poursuivre (niveau stratégique) et les résultats attendus (niveau tactique)[25]. Dans cette perspective, le choix des moyens d'action précis est reporté à l'étape de la mise en œuvre du PROS. Le plan d'action annuel devient alors un outil de gestion complémentaire au PROS[26]. Cela permet une planification interactive et évolutive, « c'est-à-dire qui se construit progressivement, au niveau opérationnel, en tenant compte de la conjoncture du moment et des différents partenaires interpellés par le choix et l'actualisation des moyens d'action[27] ». La Régie régionale de Québec a même prévu de décentraliser une partie de la planification de la mise en œuvre auprès des dispensateurs de services et des mécanismes de coordination par territoire de services[28].

Certains vont même plus loin en soumettant l'idée d'amorcer l'implantation des besoins criants à combler et le règlement des difficultés organisationnelles à partir d'un document de consultation, donc avant même la version finale du PROS et son adoption[29].

Chose certaine, que ce soit à l'intérieur du PROS ou dans un plan complémentaire, l'actualisation d'un PROS suppose la détermination d'actions concrètes afin d'atteindre les objectifs visés pour améliorer l'état de santé et de bien-être des populations ciblées. Du même coup, les obstacles à la mise en place de changements sont reconnus, des mesures de transition appropriées pouvant être recommandées.

2.4 Élaboration d'une démarche d'évaluation

Le suivi de gestion et la recherche évaluative sont également des outils de gestion complémentaires au PROS, comme la figure 2 l'a indiqué auparavant. Ils permettent de connaître, de façon périodique, la nature des besoins et la capacité des services d'y répondre. Cette connaissance alimente la planification opérationnelle et peut contribuer à adapter le PROS aux nouvelles réalités régionales[30].

Il est donc important de prévoir et de bien circonscrire la démarche d'évaluation lors de l'élaboration du PROS. Il faut, en outre, y impliquer les dispensateurs de services et les mécanismes de coordination par territoire de services[31]. Pourtant, en survolant les PROS déjà réalisés, on constate que l'évaluation est souvent abordée de façon très générale, sans précisions sur les stratégies et les activités envisagées.

---

24 RRSSS DE QUÉBEC (1995). *Cadre de référence sur l'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'organisation de services*, adopté par le Conseil d'administration, p. 2.

25 Ibid., p. 3.

26 BERNIER, D. (1994). *Gestion par programme*, RRSSS de Québec.

27 Id., *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation de services? op. cit.*, p. 7.

28 RRSSS DE QUÉBEC, *op. cit.*, p. 9.

29 BÉLANGER, G.G. (1993). *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation des services?* Présentation au colloque sur la planification régionale des services sociaux et de santé, congrès de l'ACFAS, RRSSS du Bas-Saint-Laurent, p. 4.

30 BERNIER, D. *Gestion par programme*, *op. cit.*

31 RRSSS DE QUÉBEC, *op. cit.*, p. 9.

Dans certains PROS, l'évaluation est présentée comme une démarche d'analyse qui vise l'amélioration des interventions et s'inscrit comme un processus continu en interaction avec les actions posées[32].

Les activités d'évaluation peuvent alors prendre diverses formes dont le suivi de gestion, le monitorage, les analyses, les études et les recherches[33].

Les diverses composantes du cycle de gestion d'un programme peuvent être les cibles de l'évaluation, que ce soit les objectifs, la structure, le processus ou les résultats. Le groupe de travail sur la fonction évaluation dans les régies régionales retient trois concepts intégrateurs pour l'évaluation des programmes : la performance, la qualité des services et l'équité dans la distribution des ressources[34].

Chose certaine, compte tenu de l'ampleur et de la diversité des services prévus dans les PROS, il apparaît irréaliste d'envisager l'évaluation extensive de toutes les mesures préconisées. L'approche évaluative gagne plutôt à être sélective, selon l'importance accordée à des mesures et à des populations précises en référence aux priorités retenues dans le PROS.

Enfin, toute démarche d'évaluation implique de recueillir ou de disposer des informations pertinentes, permettant de faire des liens entre l'état de santé et de bien-être des populations ciblées, les clientèles, les services, les ressources.

Conclusion

Élaborer un PROS est un exercice de planification nécessitant la cueillette et le traitement de multiples informations, mais surtout la prise de décision. La détermination des besoins prioritaires de la population du programme et « la répartition des ressources constituent des enjeux devant faire l'objet de négociations entre les partenaires concernés. Ces enjeux dépassent le processus méthodologique. Le travail méthodologique, en peignant une certaine image de la situation, sert à éclairer les décisions à prendre[35] ». En ce sens, les choix méthodologiques ne sont pas neutres, ils proviennent des acteurs concernés et suscitent leur participation tant pour l'élaboration que pour la mise en œuvre d'un PROS.

Un important défi à relever consiste donc à maintenir un équilibre entre la négociation et la rationalisation dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi d'un PROS.

Pour remplir son rôle d'outil « intégrateur », le PROS est arrimé, d'une part, aux objectifs régionaux issus de la Politique de la santé et du bien-être et, d'autre part, au cycle budgétaire. Il s'inscrit dans le cadre d'un programme ou, du moins, dispose d'orientations claires et d'objectifs précis. Les futurs PROS devront en plus intégrer les résultats des différentes démarches de planification régionale dont le plan de transformation du réseau régional des services de santé et des services sociaux [36].

---

32 BELLOT, S. et N. BERTHIAUME (1991). *Orientations quant à la fonction d'évaluation à l'étape de l'élaboration des plans de mise en œuvre des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale et en déficience intellectuelle*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, p. 2-3.

33 GROUPE DE TRAVAIL SUR LA FONCTION ÉVALUATION (1994). *Cadre pour la fonction évaluation dans les régies régionales*, Rapport fait à la Table des priorités de santé et de bien-être de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, p. 15.

34 *Ibid.*, p. 11-12.

35 TREMBLAY, M., *op. cit.*, p. 11.

36 RRSSS DE QUÉBEC, *op. cit.*, p. 3.

Soulignons qu'en date de 1995, quatre commandes de PROS ont été faites aux régions par le MSSS, soit en santé mentale, en déficience intellectuelle, en alcoolisme et autres toxicomanies ainsi qu'en déficience physique, toutes dans le cadre d'orientations ministérielles spécifiques à chaque problématique.

Un autre défi est de disposer des informations nécessaires tant pour cerner les besoins des populations et des clientèles que pour le suivi de gestion et les autres types d'évaluation. Enfin, l'actualisation d'un PROS est tributaire de la stratégie d'implantation qu'il contient. Somme toute, un PROS résulte d'un processus de construction, d'une démarche rigoureuse s'adaptant au contexte propre à chacun.

Qu'en est-il de l'avenir de cet outil de gestion dans le contexte de la transformation du réseau, de la remise en question de la structure par programme pour l'allocation budgétaire et de la décentralisation? La régionalisation n'implique-t-elle pas de respecter la capacité des régions de faire des choix à l'intérieur des balises des programmes-clientèles? Évitera-t-on que les processus d'approbation des PROS par le MSSS deviennent une forme de recentralisation?

Dans cette conjoncture, la pertinence d'élaborer un PROS repose sur sa faisabilité dans le contexte régional (occasions, contraintes), sur la disponibilité d'orientations ministérielles ou gouvernementales pour un programme ou une problématique, sur des priorités de santé et de bien-être, sur les résultats des différentes démarches de planification régionale (plan de répartition budgétaire, plan de transformation du réseau, etc.)[37]. En outre, pour être applicable, un PROS doit prévoir l'arrimage avec les autres programmes-clientèles, par exemple pour les mécanismes d'accès aux services, la promotion et la prévention, etc.

Les PROS représentent donc des instruments qui, allégés dans leur élaboration et adaptés au contexte, peuvent servir à concrétiser la planification régionale des services sociosanitaires et à en vérifier les limites. Cependant, les PROS ne constituent pas l'unique démarche de planification régionale. D'autres démarches, pouvant toucher notamment la planification des services non aménagés en programmes[38] ou des interventions à l'intérieur du programme de santé publique continuent d'être nécessaires.

---

37 *Ibid*, p. 5.

38 COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME, *op. cit.*, p. 28.

Références bibliographiques

BÉLANGER, D. *et al.* (1989). *Portrait de la situation des districts de CLSC de la région Saguenay/Lac St-Jean-Chibougamau-Chapais en regard des services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Document de travail.

BÉLANGER, G.G. (1993). *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation des services?* Présentation au colloque sur la planification régionale des services sociaux et de santé, Congrès de l'ACFAS, RRSSS du Bas-Saint-Laurent.

BELLOT, S. et N. BERTHIAUME (1991). *Orientations quant à la fonction d'évaluation à l'étape de l'élaboration des plans de mise en œuvre des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale et en déficience intellectuelle*, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation.

BERNIER, D. (1993). *Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation de services*? Allocution lors du colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé, Congrès de l'ACFAS.

———, *Gestion par programme* (1994). RRSSS de Québec.

CARIS, P. (1990). *Les plans régionaux d'organisation de services. Un état de situation*, Service des politiques et plans sociosanitaires, MSSS.

COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME (1994). *Rapport.*

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CRSSS) DE L'ABITIBI TÉMISCAMINGUE (1991). *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle en Abitibi-Témiscamingue*, Projet, Document de travail, Direction de la planification et de la programmation.

CRSSS RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT, DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE (1989). *Plan régional d'organisation des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle Région 01.*

———, (1990). *Plan régional d'organisation des services en santé mentale.*

CRSSS DU CENTRE DU QUÉBEC. *Le plan d'organisation des services de santé mentale dans la région 04- Document I*, Trois-Rivières.

CRSSS DE LANAUDIÈRE ET DES LAURENTIDES (1992). *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle*, Région des Laurentides.

———, (1993). *Plan régional d'organisation des services pour les adultes à profil gériatrique et les personnes âgées*, travaux préliminaires.

———, (1992). *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle, Région de Lanaudière.*

———, (1991). *Plan d'organisation de services en santé mentale*, Laurentides.

CRSSS DE L'OUTAOUAIS (1990). *Planification régionale de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à leur famille 1990-1995.*

———, *Plan régional de services aux personnes âgées, 1992-1997.*

CRSSS DE LA RÉGION MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (1992). *Plan régional d'organisation des services aux personnes avant une déficience intellectuelle*, Avant-projet, Document de travail, Direction de la programmation, Services aux personnes handicapées et déficientes.

———, (1990). *Plan d'organisation de services de santé mentale de la région de Montréal-Métropolitain (1990-1995).*

CRSSS DE LA RÉGION DE QUÉBEC/CHAUDIÈRE-APPALACHES (1990). *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle.*

———, (1990). *Plan régional d'organisation de services de santé mentale des régions de Québec et de Chaudières-Appalaches.*

CRSSS DU SAGUENAY/LAC SAINT-JEAN (1991). *Plan régional d'organisation des services pour les personnes ayant une déficience : concept*, Direction de la planification.

GAUDREAULT, V. (1993). *Le plan régional d'organisation des services en santé mentale : bilan critique de l'expérience*, RRSSS de la Côte-Nord, Direction de la gestion des programmes.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA FONCTION ÉVALUATION (1994). *Cadre pour la fonction évaluation dans les régies régionales*, Rapport fait à la Table des priorités de santé et de bien-être de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

MARANDA, M.A. (1993). *Les plans régionaux d'organisation de services : la face cachée de la lune*, Présentation au colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale de la santé et des services sociaux dans le cadre du congrès de l'ACFAS, Direction de la planification, MSSS, Rimouski.

MERCIER, C. et E. CORIN (1993). *La pertinence des indicateurs sociosanitaires pour l'élaboration et le suivi des plans régionaux d'organisation de services*, Colloque sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé, 61e congrès de l'ACFAS, Rimouski, Département de psychiatrie de l'Université McGill et Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

PAMPALON, R. *et al.* (1995). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Groupe technique sur les indicateurs de besoins, Collection Méthodologie et instrumentation, MSSS, Gouvernement du Québec.

PETIT, A. et G. RUEL (1991). *Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées 1992-1997*, Document principal et annexes, Direction de la planification et de la programmation, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

RRSSS DE L'ABITIBI TÉMISCAMINGUE (1995). *Plan régional d'organisation des services en santé mentale en Abitibi- Témiscamingue.*

RRSSS DU BAS ST-LAURENT (1994). *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.*

RRSSS Côte-Nord (1990). *Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle pour la Côte-Nord.*

——— (1992). *Profil sociosanitaire des personnes âgées de la Côte-Nord.*

RRSSS DE LA MAURICIE-BOIS-FRANCS (1993). *Projet de plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et leur famille*, Document de travail.

RRSSS DE L'ESTRIE (1993). *Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans autres déficiences.*

RRSSS DE QUÉBEC (1995). *Cadre de référence sur l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'organisation de services*, adopté par le conseil d'administration.

TABLE DE CONCERTATION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (1990). *Plan d'organisation des services en santé mentale de la région de Laval.*

TREMBLAY, M. (1993). *Un modèle de répartition des ressources par programme: à la recherche de l'équité entre la mesure et la concertation*, Notes pour la conférence présentée dans le cadre du 61e congrès de l'ACFAS, à Rimouski, les 17 et 18 mai 1993, RRSSS de la Montérégie.

VILLENEUVE, L. *et al.* (1993). *Perspectives du réseau de services pour personnes âgées en perte d'autonomie dans la Montérégie*, Document de travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Chapitre 6

Orientations et priorités régionales

Par Luc Bordeleau

Le terme « orientations régionales » fait référence soit aux priorités régionales adoptées à la suite de la parution des objectifs nationaux de santé et de bien-être, soit à toute autre opération globale de planification régionale. Ce texte s'attarde davantage au processus d'élaboration des priorités régionales prévues dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

En premier lieu sont rappelés l'historique du concept de priorités régionales ainsi que la démarche qui a mené à l'adoption de priorités dans chacune des régions du Québec. Ce processus s'est étendu grosso modo de 1988 à 1995 selon les régions. Il est noté également que l'arrimage avec la Politique de la santé et du bien-être a varié d'une région à l'autre, certaines d'entre elles se contentant d'adapter les objectifs nationaux à leur réalité, d'autres procédant à une démarche centrée sur les particularités locales, n'ayant que des liens ténus avec la politique québécoise.

Quatre exemples réels permettent ensuite d'illustrer ces tendances. Il s'agit d'une description de ce qui s'est fait en Abitibi-Témiscamingue, en Outaouais, dans Montréal-Centre et en Montérégie. Les points de convergence et de divergence de ces démarches sont enfin soulignés.

1. Priorités régionales, éléments de contexte

Au départ, il convient de distinguer la notion de priorités régionales de celle de priorités sectorielles, par programme, service, clientèle cible ou sous-région. Par l'adoption de priorités régionales, une régie régionale veut orienter l'ensemble de son action sur un horizon temporel déterminé, en se basant sur des principes, orientations et objectifs généraux définis au préalable. Ce concept n'est pas nouveau puisqu'il y a de nombreuses années que des conseils régionaux et, ensuite, des régies régionales ont pris ce type d'initiative. Parmi les exemples récents, on peut citer les 12 priorités d'action 1993-1994 de la Régie régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les 24 priorités 1994-1995 regroupées en sept blocs, de la région de Québec, les résultats prioritaires 1993-1994 de la région Mauricie-Bois-Francs, etc.

Comme on le constate, si la terminologie varie d'une région à l'autre, de même que le niveau de précision et de détail, le sens reste à peu près le même. C'est en général, un guide valable pour un an et réévaluable à l'intérieur de ce délai. Par souci de transparence, certaines régies publicisent, par exemple dans leur rapport annuel, les priorités ou objectifs de l'année suivante, permettant ainsi aux intéressés d'assurer un suivi adéquat. Ce genre de priorités régionales globales à court terme n'est pas non plus l'objet de notre propos. Ce type de démarche est, en effet, courant dans toute organisation ayant atteint un certain niveau de complexité.

Nous entendons plutôt mettre l'accent sur les priorités de santé et de bien-être élaborées dans le cadre de la réforme en cours. Dès 1988, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux recommandait, comme l'une de ses orientations fondamentales, « l'adaptation des objectifs et des moyens en fonction des réalités régionales»[1]. Cette responsabilité était dévolue à chaque région dont les régies régionales proposées devaient « se doter d'un comité régional des

---

1 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport*, Québec.

priorités, avec représentation de la population, pour la conseiller sur les priorités et sur l'évaluation des services»[2].

Les **orientations ministérielles**, qui suivirent en 1989, proposaient 20 objectifs de santé et de bien-être et annonçaient l'adoption, pour 1990, d'une politique québécoise de santé et de bien-être. Il était ensuite prévu, pour les instances régionales, « d'entreprendre [...] une démarche dans leur région respective pour l'adoption de priorités et de stratégies régionales et intrarégionales. Il s'agit de transposer et de pondérer les objectifs nationaux en fonction des besoins régionaux»[3] Les conseils régionaux amorçaient, par la suite, cette démarche d'adaptation des objectifs nationaux aux contextes régionaux respectifs. Certaines régions telles l'Estrie et l'Outaouais complétaient cette démarche en 1991. Dans le cas de l'Estrie, il s'agissait même d'une mise à jour de priorités datant de 1987. D'autres régions, comme Montréal-Centre, menaient une réflexion approfondie, organisaient de larges consultations et produisaient des documents de travail circonscrivant des objectifs régionaux et regroupant des moyens d'action susceptibles d'atteindre ces objectifs[4].

La parution du document *Une réforme axée sur le citoyen*, en 1990, se situe à l'intérieur de ce processus et explique, en partie, la pause survenue dans plusieurs régions. En effet, il y est précisé que le Ministère « propose au Gouvernement les orientations et les objectifs du secteur de la santé et des services sociaux»[5]. De leur côté, on confiait aux régies la fonction de « définir leurs priorités en fonction des réalités de leur territoire et des objectifs de santé et de bien-être fixés par le Ministère»[6].

Le fait qu'il n'était pas clair si les objectifs annoncés seraient les mêmes que ceux mis sur la table, un an auparavant, a ralenti les efforts de quelques régies craignant de devoir recommencer le tout après la parution annoncée de la Politique de la santé et du bien-être. Ainsi, le Conseil régional de Montréal-Centre affirme, en 1991, que « dès la mise en vigueur de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la publication de la Politique de la santé et du bien-être du Ministère, une consultation sur ce document synthèse sera menée»[7] . Le document en question avait été élaboré dans la foulée de la parution des orientations ministérielles de 1989.

La nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991 confirmait les rôles respectifs du Ministère et des régies régionales quant à la Politique de la santé et du bien-être et aux priorités régionales. La séquence antérieure où la détermination d'une politique nationale précède l'élaboration de priorités régionales demeure, puisque ces priorités doivent tenir compte des objectifs fixés par le Ministre (art. 340, al. 20).

Compte tenu de ce contexte, la période de flottement déjà amorcée s'est poursuivie jusqu'à la parution de la Politique de la santé et du bien-être en juin 1992. Selon le ministre Marc-Yvan Côté, « cette politique fournit à tous des lignes directrices. Sous forme d'objectifs précis et de stratégies simples, elle indique le cap sur lequel doivent converger tous les efforts à tous les niveaux, d'ici dix ans et pour chaque problème... Pour l'implantation de la politique, le Ministre confie dès maintenant aux régies régionales le mandat de :

— traduire les objectifs et stratégies de la politique en fonction, d'une part, des caractéristiques sociosanitaires de leur population, et, d'autre part, du résultat visé par l'ensemble du Québec;

---

2 *Ibid.*

3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec.

4 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (1991). *À nous d'y voir... Des objectifs de santé et de bien-être pour notre région*, Montréal.

5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec.

6 *Ibid.*

7 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (1991). *Spécial Info express...*

— mettre en œuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixées, en concertation avec les établissements et les organismes du milieu.

Ce plan d'action sera approuvé par l'assemblée régionale et il sera révisé à tous les trois ans»[8].

Cet appel de juin 1992 ne sera pas immédiatement suivi. La politique est dévoilée juste avant la période estivale, période peu propice au démarrage d'une démarche de cette envergure. Par ailleurs, durant les années 1991-1992 et 1992-1993, les énergies des nouvelles régies régionales ont davantage été consacrées à leur propre mise en place ainsi qu'aux réformes plus structurelles du réseau (conseils d'administration unifiés, nouvelle composition des conseils d'administration, transformation des CSS....). Une relance est donc effectuée par le Ministre, en décembre 1992. Les régies régionales sont invitées à procéder, dans les meilleurs délais, aux étapes nécessaires à la réalisation du plan d'action régional... et à soumettre ce plan d'action au Ministre d'ici la fin de l'année 1993, à la suite de son approbation par l'assemblée régionale[9].

Le délai fixé et la nécessité de soumettre le plan d'action régional au Ministère constituent des nouveautés.

La majorité des régies régionales enclenchent, par la suite, le processus devant mener à l'adoption des priorités régionales. Ce processus comprend, généralement, les phases suivantes : définition des besoins et des problématiques, information, consultation, adoption des priorités et du plan d'action. Certaines de ces étapes sont, parfois, menées de façon simultanée en fonction de l'échéancier privilégié par chaque région. De même, la décision sur la détermination des priorités peut être distincte ou non de celle du plan d'action.

Comme on le constate à l'annexe, le processus de détermination des priorités régionales et d'élaboration d'un plan d'action s'est échelonné sur une période variant grosso modo d'un an à deux ans. Les délais fixés, au départ, une première fois en 1989 et une seconde fois en 1992 n'ont pas été respectés dans la plupart des cas. Le fait que le lancement de la démarche effectué en 1989 se soit révélé, par la suite, être un faux départ, a retardé l'adoption de priorités régionales arrimées aux objectifs nationaux de santé et de bien-être d'au moins deux ans. Il est également devenu clair que le temps et les énergies des partenaires impliqués ont d'abord été investis dans l'actualisation des transformations structurelles amenées par la réforme. En un certain sens, la définition du contenant a primé sur celle du contenu.

2. Lien avec la Politique de la santé et du bien-être

Au départ, le lien avec la Politique de la santé et du bien-être a été imposé par le Ministère dans le cadre d'un corridor assez étroit. Il était demandé aux régies de soumettre au Ministre des priorités et un plan d'action révisable tous les trois ans. L'échéancier prévu, avec dépôt des priorités régionales, au plus tard décembre 1993, impliquait-il dans les faits une planification 1994-1997, suivie d'une autre phase 1997-2000 et d'une autre pour 2000-2003? On constate donc un problème d'articulation avec une politique nationale 1992-2002, les deux premières années n'étant pas couvertes et la fin de l'exercice ne coïncidant pas pour les niveaux national et régional.

---

8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec.

9 Lettre du ministre Marc Yvan Côté aux présidents de conseils d'administration des régies régionales, 15 décembre 1992.

Après examen, on constate que les régies régionales ont adopté trois attitudes différentes à l'égard des priorités régionales:

— adaptation, sur le plan régional, de l'ensemble des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être sans ajout ou exclusion;

— adaptation avec ou sans modification, sur le plan régional, d'une partie des objectifs nationaux avec ajout de certains objectifs propres à la région;

— élaboration de priorités régionales propres sans lien direct avec les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être; des priorités régionales peuvent comprendre certains objectifs nationaux adaptés.

Quelques démarches précises permettront d'illustrer ces tendances.

3. Démarches régionales

3.1 Montréal-Centre

Dès le départ, en mars 1994, il était clair que l'accent serait mis sur les problématiques régionales dans Montréal-Centre. Les premiers mois de la démarche ont été consacrés à la définition d'objectifs possibles de santé et de bien-être par l'équipe interne de la régie régionale. Cinquante-sept objectifs ont été regroupés en trois blocs : amélioration de la santé et du bien-être (19 priorités), amélioration de la qualité (27 priorités) et amélioration de l'efficience (11 priorités)[10], pour être ensuite soumis à une consultation publique. Cette consultation comprenait un sondage auprès de la population, la réception et l'analyse de mémoires ainsi que la tenue d'audiences publiques pour les groupes intéressés. À partir d'un système de pointage et de pondération faisant intervenir, à la fois, des éléments qualitatifs et quantitatifs, le nombre de priorités a été réduit à dix. Le conseil d'administration a entériné ce choix, ajoutant toutefois une onzième priorité de son cru et l'assemblée régionale adopta le tout à sa rencontre de février 1995. Par la suite, un plan de mise en œuvre a été élaboré et soumis au conseil d'administration en mars 1995[11]. Ce plan comprend, pour chaque priorité, des actions prioritaires, celles relevant proprement de la régie régionale, un échéancier, les collaborateurs internes et externes impliqués ainsi que des indicateurs d'atteinte de résultats.

On peut dégager quelques points saillants de cette démarche :

— approche basée sur la définition de priorités régionales dépassant la problématique des objectifs de santé et de bien-être et ne recoupant qu'une minorité des objectifs provinciaux;

— présence marginale de la dimension sous-régionale;

— échéancier de réalisation et indicateurs d'atteinte des résultats préétablis.

À noter que la fin de ce processus coïncide, dans Montréal-Centre, avec le début d'une démarche accélérée menant à l'adoption d'un plan triennal de transformation 1995-1998 du réseau régional, en juin 1995. Une partie des réallocations de ressources financières prévue dans ce plan est ciblée pour la réalisation de certaines des priorités régionales retenues.

---

10 RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE (1994). *Les priorités régionales de santé et de services sociaux 1994-1997, une question de choix*, Montréal.

11 RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE (1995). *Priorités régionales 1995-1998 en matière de santé et de services sociaux, Plan de mise en œuvre*, Montréal.

3.2 Outaouais

«Dès 1991, les priorités régionales en matière de santé ont été retenues pour les dix prochaines années, à la suite de l'adoption par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais du document « Pour améliorer la santé et le bien-être de l'Outaouais : problèmes prioritaires pour l'Outaouais et objectifs de santé et de bien-être d'ici l'an 2002 ». Ces priorités ont été adoptées suite à un vaste processus de consultation régionale et territoriale».[12]

Les problèmes prioritaires relevés sont au nombre de 9 et recoupent en partie les objectifs de la Politique ministérielle qui ne paraîtra qu'en 1992.

Un élément inédit à signaler est le fait que la « désintégration démographique des communautés rurales » soit mise sur le même pied que des problématiques plus classiques comme la « jeunesse en difficulté » ou la « mortalité par cancer du sein et des poumons ».

En 1993-1994, la Régie régionale de l'Outaouais rendait publique une démarche en fontion de l'adoption d'un plan d'action régional. Cette démarche incluait une présentation à une future Commission régionale de santé et de bien-être. Un document de consultation a été, en conséquence, produit en avril 1994 et la Commission formée par la suite.

Entre-temps, le processus de transformation, mis sur pied à l'invitation du ministre Jean Rochon, débutait et menait a l'adoption d'un plan régional de transformation du système en mai 1995. Ce même mois était approuvé le plan d'action régional 1995-1998 à l'égard des priorités de santé et de bien-être. Les priorités demeuraient en gros celles de 1991 avec des moyens d'action s'articulant autour des six axes énoncés dans la Politique de la santé et du bien-être pour le Québec.

On peut dégager quelques points saillants de cette démarche:

— approche basée sur la définition de priorités régionales dépassant la problématique des objectifs de santé et de bien-être et ne recoupant qu'une partie des objectifs provinciaux;

— importance de la dimension sous-régionale pour la consultation et la mise en œuvre;

— échéancier de réalisation et indicateur d'atteinte des résultats préétablis.

3.3 Abitibi-Témiscamingue

« En mai 1992, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) présentait le résultat d'un processus d'identification des problèmes régionaux en matière de santé et de bien-être ainsi que des objectifs de santé et de bien-être pour l'Abitibi-Témiscamingue, processus qui avait été enclenché en 1989.

Ce travail fut par la suite enrichi en établissant une convergence avec les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du MSSS publiée au cours du 2e trimestre 1992. Les résultats fixés pour l'ensemble du Québec furent étudiés et comparés à ceux qui étaient mis de l'avant pour la région; c'est en février 1993 que la Régie régionale produisit le document « La santé et le bien-être en Abitibi-Témiscamingue... vers l'an 2002 » que l'assemblée régionale adopta comme base pour l'élaboration de son plan d'action régional en matière de santé et de bien-être.

---

12 RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1994). *Grands moyens d'action pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être d'ici l'an 2002*, Document de consultation, Hull.

De plus, la Régie régionale entreprit une démarche en vue de mettre à contribution ses partenaires pour définir les causes des problèmes de santé et de bien-être et identifier les interventions à privilégier en regard des causes associées aux problèmes.

Pour ce faire, une consultation en trois phases fut menée, dont la consultation des membres de la permanence de la Régie régionale, un exercice avec les membres du conseil d'administration de la Régie régionale ainsi qu'une tournée de chacune des municipalités régionales de comté de la région au printemps 1993.

L'analyse des résultats de cette consultation fut à la base de l'élaboration des stratégies régionales à l'automne 1993.

L'ensemble de la démarche régionale en matière de santé et de bien-être comprend trois volets, soit :

— **le volet I** : l'identification des problèmes et la démarche de consultation régionale;

— **le volet II** : l'exercice de détermination de priorités et l'élaboration d'un plan d'action global contenant les cibles d'action prioritaires, les stratégies et les objectifs généraux;

— **le volet III** : l'élaboration d'un plan d'action détaillé avec des objectifs de résultats en en termes de réduction des problèmes de santé et de bien-être, et ce, en fonction des champs d'intervention présentés dans la Politique de la santé et du bien-être.

La région ayant retenu vingt-deux (22) problèmes de santé et de bien-être et ayant privilégié l'action en amont des problèmes, des stratégies d'action portant sur les facteurs de risque touchant l'ensemble des problèmes furent choisies. Le lien avec les facteurs de risque a été maintenu tout au long de la démarche puisqu'il fallait agir sur ces facteurs pour réduire les problèmes.

L'action sur les facteurs communs à plusieurs problèmes constitua donc le cadre à la base de l'élaboration des stratégies. De plus, la complexité des problèmes et les interrelations entre eux font en sorte que pour agir en amont, une combinaison de stratégies est nécessaire à la suite de la démarche régionale. Il fut donc été possible de dégager une orientation des actions visant les principaux déterminants de la santé, plus particulièrement les habitudes de vie, l'environnement physique et biologique, l'environnement social et le système de soins et de services.

Ces catégories ont permis de formuler les stratégies globales et de regrouper l'ensemble des pistes d'action issues de la consultation régionale et ceci, en associant les facteurs de risque.

Plus de deux cent sept (207) pistes d'action appelées stratégies spécifiques furent regroupées de cette façon. Afin de faciliter l'exercice de détermination des priorités, un nouveau regroupement a permis de dégager trente-quatre (34) cibles d'action.

Un exercice de détermination de priorités a permis de dégager des cibles d'action prioritaires pour chacune des stratégies globales. Les priorités retenues sont au nombre de huit (8)[13]. »

---

13 RÉGIE RÉGIONALE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1994). *Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda.

Le plan d'action global issu de ce processus est présenté sous forme de grilles dans lesquelles nous trouvons les éléments suivants : stratégie globale, cible d'action prioritaire, objectif, et de façon non exhaustive, les populations ou les milieux à rejoindre, les responsables et les partenaires.

Dans le plan d'action global, les objectifs ne sont pas énoncés en fonction des résultats par rapport aux problèmes particuliers. De fait, l'ensemble des 22 problèmes de santé est touché par cet agencement de stratégies que la région de l'Abitibi-Témiscamingue a sélectionnées.

Sur les 22 objectifs régionaux, 5 reprennent exactement un objectif provincial, 16 constituent une variante quant à la formulation ou la cible quantitative et 3 sont des objectifs proprement régionaux.

On peut dégager quelques points de cette démarche :

— approche basée sur la définition d'objectifs régionaux recoupant en partie les objectifs nationaux de la Politique;

— démarche systématique et complexe requérant un suivi rigoureux;

— continuum retenu passant des stratégies globales (15) aux cibles d'action (34 dont 8 prioritaires) et objectifs opérationnels;

— lien direct avec les 22 objectifs (problèmes) régionaux, évaluation du plan d'action détaillé de même que la mesure de l'impact des stratégies régionales sur les facteurs de risque, les problèmes et enfin les objectifs de santé et de bien être, à venir.

3.4 Montérégie

Comme l'une de ses grandes orientations de départ, la Régie régionale de la Montérégie faisait le choix de retenir les 19 objectifs de la Politique afin de les faire connaître aux principaux acteurs régionaux. On voulait ensuite donner les moyens d'action les plus prometteurs et, enfin, retenir parmi ces moyens d'action un ensemble de mesures concrètes à réaliser[14].

La première étape des travaux du plan d'action a débuté en juin 1993 par la documentation des 19 objectifs de la Politique. Cette documentation « a permis de mieux connaître la situation qui prévaut en Montéregie... d'identifier les moyens d'action qui sont actuellement reconnus comme les plus susceptibles de contribuer à l'atteinte des objectifs de la Politique... et a conduit à l'élaboration de 21 documents qui ont servi de base à la consultation sous-régionale»[15].

La consultation qui a suivi s'est effectuée par le biais de sept forums sous-régionaux. On utilisa, pour ce faire, les tables sous-régionales existantes comme noyaux.

« L'adoption par le conseil d'administration du premier plan d'action triennal de la Montéregie a été guidée par deux préoccupations : agir sur un nombre limité de moyens d'action et décentraliser la réalisation du plan en le rapprochant le plus possible de l'action»[16].

Pour ce faire, cette instance retenait 146 moyens d'action à portée régionale parmi les 183 possibilités qui lui avaient été soumises.

---

14 RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE (1995). *Concert'Action.*

15 *Ibid.*

16 *Ibid.*

D'autre part, pour 103 moyens d'action à portée sous-régionale, il appartiendra aux tables sous-régionales d'établir leurs priorités.

Après l'adoption de son premier plan d'action triennal en 1994, « l'automne 1994 a été consacré à l'identification des mesures à entreprendre et à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre de ces mesures pour les trois prochaines années... Au niveau sous-régional, les tables sous-régionales devront d'abord choisir les moyens d'action prioritaires puis, comme au régional, identifier les mesures à entreprendre et élaborer un plan de mise en œuvre»[17]. On insiste, enfin, sur la nécessité d'une évaluation continue du plan d'action finalement adopté en mars 1995. Ce plan d'action a été intégré dans un plan stratégique triennal qui couvre également le volet reconfiguration du réseau. On peut dégager quelques points saillants de cette démarche :

— cheminement conforme à celui souhaité par le Ministère;

— approche basée sur les 19 objectifs nationaux;

— échéancier serré et systématique;

— importance de la dimension sous-régionale pour la consultation et la mise en œuvre.

Conclusion

La définition des priorités régionales de la santé et du bien-être devant être accompagnée de la confection d'un plan d'action ne constitue qu'une activité parmi d'autres dans le champ de la planification régionale. La particularité de cet exercice vient de son caractère « imposé » ainsi que d'un contenu et d'un processus se voulant le plus uniforme possible d'une région à l'autre. Ainsi, il était souhaité que les régies régionales s'approprient un volet important de la réforme, faisant en sorte que les interventions régionales soient guidées à la fois par les plans d'action globaux découlant des priorités adoptées, et les PROS pour chaque programme-clientèle. Cet arrimage idéal ne s'est pas encore concrétisé pour plusieurs raisons. De façon non exhaustive, les éléments suivants apparaissent les plus pertinents :

— Les priorités régionales ainsi que les plans d'action qui en découlent ne peuvent influencer concrètement qu'une partie du travail des régies qui consiste, pour une large part, en l'accomplissement de mandats légaux ou réglementaires à caractère continu. Les mandats décentralisés ou « commandes » spéciales en provenance du Ministère occupent également une grande place dans le quotidien.

— L'atteinte des objectifs visés par les priorités régionales dépend en grande partie de l'action de partenaires intersectoriels sur lesquels les régies régionales ont peu ou pas d'influence (ex. : municipalités, police, commissions scolaires, etc.). Leur domaine d'influence ne s'étend, en pratique, qu'au réseau d'établissements et, dans une moindre mesure, à des partenaires privilégiés tels les médecins et organismes communautaires subventionnés. À ce niveau, les enjeux organisationnels ou d'allocation de ressources prédominent souvent.

— Les priorités régionales ne couvrent pas de façon exhaustive l'ensemble des programmes-clientèles ou ne sont pas applicables à l'ensemble des activités des établissements ou organismes. Certaines d'entre elles sont d'autre part libellées en termes très généraux, amenant des difficultés d'évaluation des résultats obtenus, a posteriori.

---

17 *Ibid.*

— L'approche sous-régionale, surtout par MRC ou territoire de CLSC, gagne de plus en plus en popularité dans plusieurs régions. On tentera alors de développer une approche globale et multiclientèle impliquant l'ensemble des ressources d'un territoire restreint. Cette volonté de prise en charge locale pourra mener par exemple à des propositions de regroupements verticaux entre le CLSC, le CH de courte durée et les CHSLD d'une MRC dans le but de créer un continuum de services adapté aux caractéristiques d'une communauté particulière. Certaines régions engagées dans ce mouvement se demandent ouvertement si des priorités régionales « pointues » pour une clientèle cible ne sont pas périmées dans ce contexte.

La majeure partie des systèmes d'information actuels ne supportent pas adéquatement une démarche de suivi et d'évaluation d'un plan d'action régional visant l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être. Ces systèmes outillent davantage des objectifs de transformation organisationnels ou d'allocation et réallocation budgétaires.

La démarche actuelle de transformation du réseau a enfin relativement éclipsé celle basée sur les priorités de santé et de bien-être, malgré les liens que l'on souhaite établir entre les deux démarches.

Un problème plus fondamental subsiste. Est-il réaliste de planifier pour dix ans dans un cadre où les priorités nationales peuvent se modifier radicalement au gré d'une conjoncture à court terme (changement de ministre, changement de gouvernement, impératifs financiers ou politiques annuelles, etc.)? Ne prenons pour exemple que l'accent majeur mis sur la notion de transformation du réseau depuis l'automne 1994, au moment où l'adoption des priorités régionales n'est pas complétée dans certaines régions. Certes, ce nouveau concept peut être interprété comme un moyen pour l'opérationnalisation des priorités régionales. Dans la bouche de certains, la transformation du réseau semble toutefois constituer une fin en soi ou, à tout le moins, une orientation majeure permettant d'atteindre plusieurs cibles dont les priorités régionales mais, surtout, de faire face aux contraintes budgétaires présentes et à venir du réseau. Dans ce contexte, l'accent est davantage mis sur les moyens (ex. : virage ambulatoire, recours à des ressources alternatives, renforcement du communautaire, etc.) que sur les fins.

Somme toute, l'élaboration des priorités régionales vue comme faisant partie d'un processus continu d'amélioration de la santé et du bien-être des résidents d'une région risque de ne constituer qu'une opération spéciale sans lendemain, qui sera peut-être répétée dans quelques années, mais en l'absence de fil conducteur.

Références bibliographiques

RÉGIE RÉGIONALE DU BAS-SAINT-LAURENT (1994). *Rapport annuel1993-1994*, Rimouski.

RÉGIE RÉGIONALE DU BAS-SAINT-LAURENT (1994). *Complicité*, vol. 2, n^{o} 5.

RÉGIE RÉGIONALE DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (1994). *Rapport annuel 1993-1994*, Chicoutimi.

RÉGIE RÉGIONALE DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (1995). *L'épicentre*, Édition spéciale.

RÉGIE RÉGIONALE DE QUÉBEC (1994). *Rapport annuel 1993-1994*, Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE QUÉBEC (1994). *Rapido*, vol. 18, n^{o} 8.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MAURICIE-BOIS-FRANCS (1993). *Résultats prioritaires 1993-1994*, Trois-Rivières.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MAURICIE-BOIS-FRANCS (1995). *Le réso-lu*, vol. 2, n^{o} 16.

CONSEIL RÉGIONAL DE L'ESTRIE (1991). *Santé et mieux-être; où va l'Estrie?*, Sherbrooke.

RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE (1995). *Le partenaire*, vol. 4, n^{o} 1.

CONSEIL RÉGIONAL DE MONTRÉAL-MÉTROPOLITAIN (1990). *Spécial Info...Nos objectifs de santé et de bien-être.*

CONSEIL RÉGIONAL DE MONTRÉAL-MÉTROPOLITAIN (1991). *Spécial Info...Nos objectifs de santé et de bien-être.*

À vous d'y voir...Des objectifs de santé et de bien-être pour votre région, (1991), Montréal.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE (1994). *Rapport d'activités 1993-1994*, Montréal.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE (1995). *Priorités régionales 1995-1998 en matière de santé et de services sociaux.*

RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1994). *Plan d'action 1994-1995*, Hull.

RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1994). *Grands moyens d'action pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être d'ici l'an 2002*, Hull.

RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1995). *Nouvelles du réseau*, Vol. 10, No. 1.

RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1994). *Rapport annuel 1993-1994*, Hull.

RÉGIE RÉGIONALE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1994). *Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA CÔTE-NORD (1993-1994). *Vues de la Côte.*

RÉGIE RÉGIONALE DU NORD-DU-QUÉBEC (1994). *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, Chibougamau.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (1995). *Le Côte à Côte*, Vol. 2, No 1.

RÉGIE RÉGIONALE CHAUDIÈRE-APPALACHES (1994). *Concertation'Action*, Vol. 1, No 7.

RÉGIE RÉGIONALE DE LAVAL (1995). *Bulletin d'information*, Vol. 2, No 1.

RÉGIE RÉGIONALE DE LANAUDIÈRE (1994). *Rapport annuel 1993-1994*, Joliette.

RÉGIE RÉGIONALE DES LAURENTIDES (1994). *Focus-Laurentides*, No. 4.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE (1994). *Plan d'action triennal de la Montérégie sur la Politique de la santé et du bien-être.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉREGIE (1995). *Concert'Action.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE (1995). *Le visage santé et bien-être en Montérégie*, Synthèse du plan de stratégie 1995-1998.

CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Rapport annuel 1993-1994*, Kuujjuaq.

Chapitre 7

La répartition interrégionale des ressources financières

Par Hung Nguyen*

Dans ce chapitre, nous examinerons le processus de répartition des ressources financières dans le système des services sociaux et de santé. Nous présenterons la répartition interrégionale, son évolution, ses perspectives d'avenir et les conditions de succès.

Par le processus de répartition des ressources, nous entendons les méthodes et les démarches qui permettent de répartir une enveloppe budgétaire déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux dispensateurs des services (établissements et organismes communautaires, excluant les services médicaux), en passant par le ou les paliers intermédiaires de gestion tels que les régions et les sous-territoires des régions. Il va de soi que plus on augmente les niveaux intermédiaires de décision, plus on risque d'allonger le processus dans le temps et plus on donne de l'importance aux aspects politiques du processus, par le jeu de négociation entre les intervenants.

Sur une période de 25 ans, de 1971 à 1996, le processus a beaucoup changé. Ces changements suivent l'évolution des responsabilités des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et par la suite, les régies régionales. En effet, jusqu'à 1981, c'était le MSSS qui était responsable de l'ensemble du processus. On se préoccupait plus d'équité des ressources entre les établissements, alors que l'équité entre les régions n'était pas la préoccupation majeure du MSSS. La création des CRSSS et des régies, niveaux intermédiaires de gestion entre le MSSS et les établissements, soulève la question du partage des responsabilités entre le MSSS et l'instance régionale dans le processus de répartition des ressources. Elle engendre en même temps la question de l'équité des ressources entre les régions. L'évolution du processus de répartition des ressources est donc étroitement liée à la décentralisation des responsabilités vers les régions.

Dans son évolution, le processus de répartition des ressources a connu trois stades. En effet, jusqu'en 1981, c'est le premier stade durant lequel les CRSSS sont créés. De 1981 à 1996, on s'occupe davantage d'équité entre les régions. Ce deuxième stade correspond aussi à la maturation des CRSSS ainsi qu'à la création des régies régionales et à la régionalisation progressive des responsabilités vers les régions. On tendra probablement, dans un troisième stade, vers une répartition des budgets aux régions, sur une base de capitation; ce stade correspondra probablement à une responsabilité accrue des régions concernant d'une part la santé de la population et, d'autre part, le système régional de services.

Actuellement, on distingue deux étapes dans le processus. La première consiste à répartir une enveloppe budgétaire du MSSS aux régions. On appelle cette étape la « répartition interrégionale » et c'est le MSSS qui en est responsable. La seconde étape consiste à répartir une enveloppe régionale, enveloppe déterminée dans la première étape, aux établissements en passant, dans certaines régions, par le palier sous-régional. On appelle cette étape la «répartition intrarégionale». Ce sont les régies qui en sont responsables.

De plus, les enveloppes confiées aux régions sont construites d'abord par des programmes-clientèles. C'est pourquoi les méthodes de répartition sont étroitement liées à la structure de programme-clientèle et l'approche de gestion par programme-clientèle.

---

* Je tiens à remercier mesdames Lyne Villeneuve, Katy Shadpour, Johanne Fournier et monsieur Luc Bordeleau pour leur précieuse collaboration.

Le mouvement d'assainissement des finances publiques affecte gravement le système de santé et de soins au Québec. Des compressions importantes ont été imposées aux régions depuis plusieurs années sous forme de non-indexation (manque à gagner) ou de réductions réelles. Les processus de répartition de ressources qui étaient utilisés auparavant pour les enveloppes de développement sont utilisés pour retrancher l'argent dans les budgets des établissements. La répartition modifie ainsi les ressources disponibles dans les régions et conséquemment dans les établissements. Elle force les régions et leurs partenaires à trouver les stratégies pour s'adapter aux situations nouvelles. Ces situations modifient les processus de production et probablement la gamme de services dans les régions. La répartition a donc une influence majeure sur la planification régionale.

Également, il y a deux types de répartition interrégionale des ressources. Le premier se rapporte à la répartition des compressions visant l'ensemble du système de services et le second aux allocations spécifiques visant un programme-clientèle ou un service.

La répartition de compression touchant l'ensemble du réseau régional se distingue par son ampleur (plusieurs centaines de millions de dollars) comparativement aux allocations spécifiques d'environ quelques millions selon les années et les programmes. Ensuite, la répartition des compressions modifie de façon majeure la position des régions sur le plan de l'équité; elle force les régions à procéder à des planifications et des réorganisations importantes sur une longue période.

La répartition intrarégionale suit des démarches et des méthodes qui sont propres à chaque région. Certaines régions remettent l'enveloppe régionale directement aux établissements, d'autres passent d'abord par une répartition entre les territoires de la région et par la suite, aux établissements. L'enjeu majeur de la répartition intrarégionale est d'établir une équité de ressources entre les établissements compte tenu des programmes-clientèles qu'ils desservent et de leurs performances financières.

L'avenir semble nous diriger vers la détermination des budgets régionaux sur une base de capitation. Nous passerons alors d'une répartition de compression de quelques centaines de millions à un enjeu de 15 milliards. La marche est très haute et les conséquences pourront être majeures sur le plan de l'accessibilité aux services de santé ainsi que sur la situation économique des régions. Est-ce que le processus de répartition et les méthodes utilisées jusqu'à maintenant continueront à s'appliquer dans la détermination des budgets régionaux sur une base de capitation?

Nous présentons dans ce qui suit l'évolution du processus de répartition interrégionale et une description générale de la méthode utilisée pour ce faire. Puisque le processus actuel donne lieu à des compressions importantes dans les régions, on examine les conséquences sur les processus de production de services et les services offerts dans les régions.

1. La méthode de répartition interrégionale des ressources

1.1 Évolution de la méthode

Jusqu'à 1978, le MSSS finançait les établissements sur une base historique. C'est-à-dire que le budget de l'année en cours était déterminé par le budget de l'année précédente indexé pour tenir compte de l'augmentation de la masse salariale, de l'inflation, des nouveaux services offerts, etc. Le budget était déterminé cas par cas en fonction de la situation particulière de chaque établissement. Le contact se faisait directement entre les établissements et le Ministère pour chaque litige. Selon cette méthode, un établissement ayant plus de budget continuait à recevoir plus. De telle sorte qu'au fil des années, on a introduit des iniquités dans le système. Par exemple, il pouvait exister des écarts de budget entre les établissements offrant des services comparables et l'écart entre ces établissements s'est agrandi au fil du temps.

À partir de 1978, le MSSS procédait à la révision des bases budgétaires des hôpitaux et les finançait selon cette nouvelle base. Il visait ainsi à corriger les iniquités introduites dans le système. La méthode de révision de la base budgétaire (RBB) visait l'équité interétablissements. Elle tenait compte à la fois des services offerts par l'établissement et de l'efficience de ces services. L'efficience d'un hôpital était évaluée en comparant son coût de production à celui d'un groupe d'hôpitaux comparables. Si le coût de l'hôpital s'avérait au-dessous de la moyenne du groupe, l'hôpital était considéré plus efficace et se voyait accorder plus de budget.

L'application de la méthode RBB a amélioré l'efficience des établissements et l'équité entre eux. Mais elle pouvait donner lieu à des iniquités interrégionales importantes et à de l'iniquité entre les programmes. En effet, étant donné que les établissements se concentraient davantage dans les régions urbaines et dans certains programmes tels la santé physique, on continuait de verser plus d'argent dans ces régions et dans ces programmes. C'est ainsi que malgré le bien-fondé de la méthode RBB et des objectifs qu'elle poursuivait, cette méthode ne permettait pas de corriger les disparités des ressources financières entre les régions sociosanitaires et entre les programmes.

Par la suite, avec la création des CRSSS en 1981, les intervenants aux paliers national et régional discutaient davantage et une revendication interrégionale se faisait jour. C'est pour corriger ces lacunes que le Ministère a décidé en 1981-1982 d'introduire deux nouveaux objectifs au processus de répartition de ressources. En plus de l'objectif d'équité interétablissements sous-jacent à la méthode RBB, le Ministère décida de poursuivre simultanément des objectifs d'équité interrégionale et d'équité interprogramme[1].

On introduisait alors dans la méthode de répartition deux nouveaux critères d'allocation de ressources, soit l'indice global des dépenses (richesse relative) régionales et le per capita par programme. Ces deux critères ajoutés à celui déjà connu de la performance des établissements ont été appliqués conjointement pour la première fois lors des compressions budgétaires 1982-1983. Le montant à répartir était de quelques dizaines de millions de dollars.

Selon cette méthode applicable en trois étapes, on établissait d'abord la compression totale de chaque région en tenant compte de la richesse relative des différentes régions. Dans un deuxième temps, cette compression régionale était répartie entre les différents programmes selon la richesse relative des programmes d'une région. Enfin, la compression imposée à chacun des programmes d'une région était répartie entre les différents établissements en fonction de leur performance financière relative.

Dans les années subséquentes à 1982-1983, la méthode fut appliquée pour une partie des budgets de développement des programmes de services sociaux. Les sommes d'argent engagées étaient relativement modestes par rapport au budget du réseau des services de santé et des services sociaux, et correspondaient tout au plus à quelques dizaines de millions par année. C'est à partir de 1987, avec la publication du document du Ministère[2], que l'on a parlé de la méthode per capita pondéré. Cela coïncidait aussi avec la création d'un comité conjoint Ministère-CRSSS sur l'allocation interrégionale des ressources vers la même époque[3].

---

1 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1987). *Modifications suggérées aux critères d'allocation des ressources consenties par le mnistère de la Santé et des Services sociaux au Réseau des affaires sociales*, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

2 *Ibid.*

3 COMITÉ MSSS-CRSSS (1992). *Comité sur l'allocation interrégionale des ressources*, Rapport final et synthèse des travaux.

Il a fallu attendre jusqu'en 1993, lors de la préparation de la compression pour 1994-1995, pour voir le MSSS appliquer, sur une plus large échelle, la méthode de répartition des ressources selon l'équité interrégionale. Par la suite, la même méthode était utilisée pour les compressions de 1995-1996. On a alors introduit de façon plus méthodique des indicateurs de performance des établissements comme moyens suggérés aux régions pour réaliser des compressions intrarégionales même si ces indicateurs n'étaient pas intégrés directement à la méthode.

En 1996-1997, le MSSS a utilisé une autre méthode pour calculer les compressions globales des régions. Cette méthode est en somme un remaniement des éléments de base de la méthode « per capita pondéré ». On tentait alors de déterminer les «écarts régionaux» et de répartir les compressions selon ces écarts.

Nous présentons ci-dessous les principaux éléments de la méthode «per capita pondéré», méthode qui est utilisée pour répartir les compressions en 1996[4]. Par la suite, nous présentons la méthode utilisée pour répartir les compressions 1996-1997[5].

1.2 La méthode per capita pondéré : la répartition des compressions en 1995-1996

La méthode vise à réduire l'écart des ressources entre les régions compte tenu des besoins de la population et des coûts différentiels de production de services dans les régions. La réduction des écarts est faite par programme.

On détermine d'abord l'indice «per capita pondéré», qui est le rapport entre la dépense d'un programme, pondérée par un indice du coût de production, et la «population régionale» par programme, pondérée par un indicateur de besoins. La population régionale par programme est le groupe de population cible visée par le programme. Par exemple, pour le programme jeunesse, la population cible est de 0 à 17 ans.

L'écart pour un programme est mesuré par la différence de deux valeurs de l'indice «per capita pondéré», l'une se rapportant à la région et l'autre, à la province. Plus la valeur régionale est au-dessous de celle de la province, moins la région reçoit les compressions.

1.2.1 Les préalables

Deux préalables sont nécessaires pour l'application de la méthode. Ce sont la définition des régions et la structure de programmes-clientèles.

La définition des régions

La définition des régions est importante dans l'application de la méthode. En effet, lorsque la frontière d'une région est tracée, on obtient, comme conséquence, deux éléments qui conditionnent la position d'une région sur le plan de l'équité des ressources. Ces deux éléments sont, d'une part, la structure de production et, d'autre part, la population et son état de santé.

---

4 MSSS (1995). *Répartition interrégionale des compressions 1995-1996*, Direction de la planification et de l'évaluation.

5 MSSS (1996). *Le calcul des écarts régionaux*, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

F-2

Lors de la création des CRSSS en 1981, le nombre des régions était de 12. En 1996, ce nombre est de 18, soit une augmentation de 50 %. Le portrait de l'équité entre les régions a été modifié par la création des nouvelles régions. Il est probable qu'on assiste à des changements dans le nombre des régions avec la décentralisation des budgets sur une base de capitation.

Actuellement, à cause des facteurs historiques, les ressources sont concentrées dans les régions urbaines (Montréal-Centre, Québec et Estrie). L'enjeu de l'équité se traduira probablement par une réallocation de ressources de ces régions vers les régions périphériques (Laval, Montérégie, Lanaudière, Chaudière-Appalaches) et, d'autre part, par un nouvel équilibre entre les régions éloignées (Côte-Nord, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine) et les autres régions.

La carte présentée en annexe donne la position géographique des régions.

La structure de programmes-clientèles

La structure du programme est un autre préalable de la méthode. En effet, pour faire face à la difficulté d'établir un seul indicateur synthétique de besoins des services de la population d'une région, le MSSS a élaboré la structure de programmes-clientèles. Par la suite, des indicateurs de besoins ont été désignés pour chaque programme.

L'ensemble des dépenses du réseau de santé et de services sociaux sont réparties entre les programmes. Cette étape conditionne la « richesse relative » entre les programmes.

La structure de programme est appelée à subir encore des changements, en particulier dans le programme de santé physique. On verra donc à adapter la méthode selon ces changements. Le tableau qui suit représente la structure actuelle de programme.

Tableau 1 : Liste préliminaire des programmes-clientèles

CHAMPS D'ACTIVITÉ	PROGRAMMES-CLIENTÈLES
• Santé publique	• Population requérant des interventions de santé publique
• Santé physique	• Santé physique
• Santé mentale	• Personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale
• Intégration sociale	• Personnes âgées en perte d'autonomie
	• Personnes présentant une déficience intellectuelle
	• Personnes ayant une déficience physique
• Adaptation sociale	• Jeunes en difficulté
	• Personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et d'autres toxicomanies

Source : Groupe de travail sur l'allocation des ressources, MSSS, 1993.

1.2.2 Les variables de base

Pour chaque programme, on déterminera, à l'aide des systèmes d'information, les variables-clés suivantes :

— le contour du programme;

— la dépense et l'indice du coût de production;

— la population régionale et l'indicateur de besoins.

Le contour du programme représente l'ensemble des activités et des services que les institutions de toute vocation ont réalisés dans le cadre du programme. L'ensemble des dépenses liées à ces activités et à ces services constitue la dépense du programme. L'indice de coût est le coût moyen d'une heure de travail des services de soutien et également des services cliniques; on le nomme l'indice «soutien-service». La population régionale est la population desservie par le programme, mentionnons qu'on tient compte de la mobilité interrégionale, mais seulement dans les programmes de santé physique et de santé mentale. L'indicateur des besoins reflète les besoins relatifs des régions en services (tableau 2)[6].

La méthode est construite sur ces variables de base. Ainsi, le «per capita pondéré» est déterminé par la formule suivante :

$$Cp = \frac{D \times IC}{P \times IB}$$

où :

Cp représente le per capita pondéré
D représente la dépense du programme
IC représente l'indice de coûts différenciés
IB représente l'indicateur de besoin de services

En principe, on fait le calcul pour la région concernée et pour la province. Par la suite, on détermine l'écart entre la région analysée et celle qui est la plus faible en ressources. Enfin, on ajuste le budget de la région selon l'écart observé. Dans l'application, on utilise une formule équivalente.

Enfin, pour déterminer la compression en 1995-1996, le MSSS a utilisé un autre type de pondération. En effet, au lieu de pondérer la dépense et la population séparément comme dans la formule ci-haut, le Ministère a fait une pondération directe sur le per capita simple. Par exemple, si une région a un per capita simple de 200 $, et l'indice de coût ainsi que l'indicateur de besoins sont de 10 % inférieurs à l'ensemble du Québec, le nouveau per capita sera de 240 $, c'est à dire 200 $ + 200 x (10 % pour le coût + 10 % pour les besoins).

Cependant, quels que soient la formule et le mode de pondération, les principes restent les mêmes et l'application est faite sur une base de programmes.

---

6 PAMPALON, R. et al., MSSS, (1992). *Les indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale de ressources.*

Tableau 2 : Paramètres suggérés pour la construction des indicateurs de besoins, selon les régions et les territoires de CLSC au Québec

Programmes-clientèles	Région paramètres suggérés	Territoire de CLSC paramètres suggérés
Santé physique	1. population régionale	1. population du territoire de CLSC
	2. taux québécois d'hospitalisation de courte durée selon l'âge et le sexe	2. taux québécois d'hospitalisation de courte durée selon l'âge et le sexe
	3. indice comparatif régional de mortalité chez les 0-74 ans	3. indice comparatif de mortalité chez les 0-74 ans du territoire de CLSC
Santé mentale	1. population régionale de 15 ans ou plus	1. population du territoire de CLSC
	2. taux québécois d'hospitalisation de courte durée psychiatrique selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial	2. une des mesures suivantes : personnes à faible revenu, personnes seules, hommes séparés ou divorcés, personnes inoccupées, taux de suicide dans le territoire de CLSC
	3. indice comparatif régional de santé mentale	
Santé publique	1. population régionale	1. population du territoire de CLSC
	2. taux régional d'années potentielles de vie perdues	2. taux d'années potentielles de vie perdues dans le territoire de CLSC
Personnes âgées en perte d'autonomie	1. population régionale de 65 ans et plus	1. population de 65 ans ou plus du territoire de CLSC
	2. taux québécois d'incapacité modérée ou grave chez les 65 ans et plus, selon l'âge, le sexe et le niveau de faible revenu	2. taux québécois d'incapacité modérée ou grave chez les 65 ans et plus, selon l'âge, le sexe et le niveau de faible revenu
Déficience physique	1. population régionale	1. population du territoire de CLSC
	2. taux québécois d'incapacité modérée ou grave selon l'âge, le sexe et le niveau de faible revenu	2. taux québécois d'incapacité modérée ou grave selon l'âge, le sexe et le niveau de faible revenu
	* un poids plus important est donné à la population de 0-64 ans (80 %)	* un poids plus important est donné à la population de 0-64 ans (80 %)
Déficience intellectuelle	1. population régionale	1. population du territoire de CLSC
	2. taux américains de déficience intellectuelle grave selon l'âge et le sexe	2. taux américains de déficience intellectuelle grave selon l'âge et le sexe
Alcoolisme et autres toxicomanies	1. population régionale de 15 ans ou plus	1. population du territoire de CLSC
	2. indice régional de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes	2. personnes sous le seuil de faible revenu dans le territoire de CLSC
Jeunes en difficulté et leur famille	1. population régionale de moins de 18 ans	1. population de moins de 18 ans du territoire de CLSC
	2. indice régional de difficultés chez les jeunes (signalements, criminalité, suicide, grossesses, abandon scolaire)	2. jeunes de moins de 18 ans vivant dans des familles à faible revenu du territoire de CLSC

Source : « Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale de ressources » MSSS, 1992.

1.2.3 Application

Le MSSS a appliqué la méthode «per capita pondéré» à chaque programme d'une région pour déterminer la compression de ce programme. La compression de la région est la somme des compressions des programmes de la région.

L'application de la méthode à chaque programme modifie la séquence qu'on voulait implanter au début. Rappelons que la séquence idéale était :

Équité interrégionale -----> Équité interprogramme -----> Équité interétablissement

Dans la réalité, on a plutôt opéré selon la séquence suivante :

Statu quo concernant l'équité interprogramme -----> Équité interrégionale -----> Équité interétablissements.

À noter que l'équité interétablissements n'a pas été incorporée à la méthode interrégionale. Certaines régions ont cependant tenu compte de cet aspect dans les répartitions intrarégionales.

Par la suite, des blocs régionaux (regroupement de régions avec caractéristiques communes) ont été constitués. Un pourcentage de compression a été attribué à chaque bloc et la part de chaque région a été déterminée à l'intérieur de ceux-ci.

À la dernière étape, il y a eu négociation directe entre les directeurs des régies régionales et les représentants du Ministère. Il a alors été convenu que, nonobstant les résultats obtenus par l'application de la méthode, aucune région ne se verrait imposer un pourcentage de compression supérieure à celui appliqué en 1994-1995. Le manque à gagner résultant a été absorbé par le Ministère à même son fonds d'équilibre.

1.3 La méthode «écarts régionaux» : un remaniement de la méthode « per capita pondéré »

Pour les compressions en 1996-1997, le MSSS a donné une compression globale par région.

On détermine la dépense réelle d'une région, « épurée» de certains éléments tels que :

— la mobilité interrégionale;

— les échanges de services entre les régions;

— les services suprarégionaux;

— l'enseignement;

— l'héritage asilaire (pour la santé mentale).

Remarquons que le MSSS ne fait plus le calcul de dépenses par programme comme les années précédentes.

On calcule ensuite les «dépenses théoriques» d'une région. Plus précisément, on détermine la « population régionale unique », qui est la population de la région pondérée par un «indice global des besoins» et par un indice de coût de services (110 % pour les régions éloignées et 100 % pour les autres). «*L'indice global des besoins» est la somme pondérée des indicateurs des programmes; les facteurs de pondération sont les poids budgétaires des programmes au niveau provincial.*

On obtient la dépense théorique d'une région en répartissant la dépense réelle du Québec, au chapitre des services de santé et de services sociaux, entre les régions de façon proportionnelle à la «population régionale unique». Ainsi si la population régionale unique est de 16 % de la population de la province, la dépense théorique de cette région sera de 16 % de la dépense réelle du Québec.

Les «écarts régionaux» sont la différence entre la «dépense réelle» et la «dépense théorique» d'une région. Les «per capita» régionaux sont ensuite calculés en ajoutant les écarts régionaux au per capita provincial. La répartition des compressions est faite finalement selon ces per capita.

Comme en 1995-1996, une approche de «lissage» des résultats obtenus a été appliquée en 1996-1997 afin d'éviter les variations trop grandes avec les taux appliqués l'année précédente. Ces ajustements «politiques» semblent donc en voie de s'institutionnaliser.

Ainsi, en guise de préparation à la capitation, le MSSS a tenté, pour les compressions 1996-1997, de déterminer un per capita unique pour l'ensemble des services à donner dans la région. Mais en dépit des progrès réalisés au chapitre de la mobilité des clientèles des programmes, la méthode est laborieuse et on utilise les mêmes éléments de base de la méthode des années précédentes. La logique de base reste donc inchangée; on devra s'attendre à des améliorations dans les prochaines années.

Enfin, la méthode utilisée pour les compressions 1996-1997 laisse de nombreuses questions en suspens, entre autres l'équilibre entre les programmes, le degré d'autosuffisance souhaitée des régions et la question des coûts de production de services...

2. Perspectives

L'application de la méthode de répartition des ressources, basée sur «le per capita pondéré», soulève des questionnements: nous en présentons quelques-uns dans les lignes qui suivent.

2.1 L'équité interrégionale

La méthode vise à atteindre une équité interrégionale des ressources financières en tenant compte des besoins en services de la population et des coûts différentiels de production des services. On cherche donc à ajuster les ressources entre les régions en tenant compte des besoins. On peut déduire que l'objet de la méthode est d'abord le système de services et qu'on tente de régulariser l'offre de services en fonction de la demande.

Cependant, l'équité interrégionale de ressources ne signifie pas que les populations des régions auront le même état de santé. Elle ne signifie pas non plus que tout citoyen aura accès à tous les services requis dans sa région. En ce sens, l'équité de ressources ne joue qu'un rôle limité sur le plan de la Politique de la santé et des services devant exister dans la région. Ces éléments sont fondamentaux pour déterminer les budgets globaux des régions sur une base de capitation. Dans la décentralisation des budgets vers les régions, le débat sur le concept de l'équité refera sûrement surface.

Ainsi, le comité sur l'allocation interrégionale des ressources a suggéré en 1996 : «De bien identifier le type d'équité que l'on cherche à atteindre (i.e. : les ressources, l'utilisation de services, la santé et le bien-être ou le développement social)... Puisque aucune méthode ne peut prétendre réduire tous les types d'écarts simultanément.» Le même comité a mis en garde que «l'équité est un concept porteur d'illusions qui laisse entendre que chaque individu dans une société peut recevoir les mêmes services, peu importe où il habite... Cette idée est généreuse, mais elle ne se réalise nulle part...»[7].

Avec la méthode des «écarts régionaux», il semble que le MSSS cherche à réduire les écarts financiers entre les régions. Si on veut réduire les écarts de santé ou de développement social, il faudrait dans cette tendance agir sur les indicateurs des besoins.

Il faudra être réaliste dans le développement des méthodes de répartition visant l'équité. Car l'équité peut être un état idéal que l'on n'atteindra jamais. L'essentiel est de donner les moyens aux régions pour améliorer l'état de santé de la population et pour assurer un accès aux services, qu'ils soient dans la région ou ailleurs, et cela dans un délai raisonnable.

2.2 Les indicateurs des besoins

Les indicateurs de besoins utilisés dans la méthode permettent d'exprimer les besoins relatifs de services et de ressources entre les régions. Ils visent d'abord à positionner les régions entre elles. Ils ne permettent pas de déterminer les besoins absolus de la population (le nombre de clients à desservir).

La valeur absolue des besoins de la population par programme est essentielle pour orienter les services en fonction des besoins. La valeur absolue des besoins peut être mesurée par le nombre de clients à desservir. En l'absence de prévisions de clients à desservir, il sera difficile de planifier l'appareil de production. Cette problématique est centrale dans les plans régionaux d'organisation de services (PROS). En effet, au cœur même des PROS, on trouve une vision des besoins de la population régionale tant sur le plan de clients à desservir que sur le plan des services et des ressources. Cependant, cette vision n'est pas nécessairement cohérente avec celle projetée par la méthode de répartition interrégionale. Par exemple, une région peut se trouver dans une position «riche» relativement aux autres régions, mais son PROS signale des besoins non comblés en clientèle, services et ressources. Dans les faits, on n'a jamais tenu compte des PROS dans la méthode interrégionale.

En 1996, dans le «calcul des écarts régionaux», le MSSS a proposé une méthode pour calculer le per capita global en utilisant un « indice global de besoins pondéré». Le dernier indice est simplement une combinaison linéaire des indicateurs de besoins des programmes. L'exercice est purement technique et n'éclaircit pas les débats de fond qui sont liés à la santé et à l'accessibilité aux services de la population, services qui devront être disponibles dans sa propre région.

Il sera intéressant de poser des questions concernant la responsabilité du MSSS à l'égard de trois types d'équité, à savoir interprogramme, interrégionale et interétablissement. Est-ce que le MSSS devra être responsable de l'équité entre les programmes en même temps que l'équité entre les régions? Quelle équité prodomine sur l'autre ou encore sont-elles sur le même pied d'égalité? La réponse à ces questions a beaucoup d'importance sur le développement de la méthode de répartition interrégionale.

---

7 CONTANDRIOPOULOS, A.P. et L.H.TROTTIER (1995). *Rapport du comité sur l'allocation interrégionale de ressources*, Groupe GRIS, Département de l'administration de la santé, Université de Montréal.

Le fait de pondérer les indicateurs de besoins d'un programme par son poids budgétaire au niveau provincial peut nous laisser croire que le MSSS désire maintenir le statu quo sur l'importance relative entre les programmes. De plus, on suppose implicitement que l'investissement d'un même montant produira les bénéfices équivalents pour tous les programmes. Enfin, on pense aussi que l'évolution des besoins de la population des régions n'influencera pas la position des programmes.

2.3 Les indicateurs de coûts

Les indicateurs de coûts sont aussi importants que les indicateurs de besoins, mais on en parle moins. En 1995, on utilise le coût moyen des services de soutien et également des services cliniques par heure de travail. Pour la compression 1996-1997, le MSSS a discriminé positivement deux régions éloignées de 10 % (Côte-Nord, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine). On conclut que l'aspect de coûts différenciés de production prend de moins en moins d'importance dans la méthode.

2.4 Les perspectives

Le MSSS se préoccupe d'équité interrégionale depuis 14 ans. Durant cette période, on a amélioré et appliqué la méthode plusieurs fois. Ce qu'on a réussi, c'est de tendre vers une équité interrégionale de répartition de ressources et ce, par programme. La notion d'équité entre les programmes et entre les établissements n'a jamais été intégrée à la méthode.

L'application de la méthode sur une longue période a permis aux intervenants de tous les paliers administratifs de s'approprier la méthode, ses concepts et son processus. Dans toutes les régions, il y a maintenant une base d'information par programme qui facilite la répartition de ressources à l'intérieur de la région. C'est une acquisition importante pour le système régional. Plusieurs régions implantent actuellement la gestion de programme-clientèle en utilisant cette base d'information. On verra probablement une intégration de l'approche par programme, qui est le fondement de la méthode de répartition de ressources actuelle, à la gestion des réseaux régionaux. Cette perspective est intéressante, car elle permettra de situer, comme il se doit, l'allocation de ressources, à l'intérieur d'un processus unique de gestion de services à l'échelle régionale.[8]

La méthode «per capita pondéré» a fait un consensus relatif parmi les régions pour l'allocation des enveloppes spécifiques selon une perspective d'équité de ressources entre les régions. D'ici à ce qu'une alternative valable apparaisse, il est souhaitable de continuer à utiliser la même méthode.

Dans la méthode des «écarts régionaux» appliquée pour les compressions 1997, le MSSS a tenté de produire un per capita unique pour chaque région. Ce per capita repose sur un indice global des besoins combinant les indices des programmes. On constate que le MSSS continue à utiliser les éléments de base de la méthode «per capita pondéré», comme les dépenses par programme et les indicateurs des besoins par programme. On conclut que les fondements de la méthode restent intacts dans la nouvelle proposition du MSSS.

---

8 NGUYEN, H (1996). Projet conjoint MSSS, Conférence des régies, Régie de Montérégie et Régie de l'Outaouais, *Expérience pilote de gestion par programme en santé mentale.*

Dans la nouvelle perspective de budget régional, on doit clarifier, entre autres, deux enjeux importants :

— les budgets nécessaires dans la région pour emmener l'état de santé de la population à un seuil «souhaité»;

— ceux pour assurer l'accessibilité de services à la population tant dans sa propre région que dans les autres régions.

La détermination des budgets doit tenir compte des objectifs liés à la fois à la santé et aux besoins de services.

La décentralisation des responsabilités de gestion vers les régions modifie les rôles respectifs du Ministère et des régies dans le processus de répartition des ressources. Peut-être devra-t-on adapter la méthode et les indicateurs de besoins selon ces rôles. Dans cette perspective, on peut rechercher, à un premier niveau, des indicateurs globaux simples pour la répartition interrégionale qui est sous la responsabilité du MSSS. Par la suite, à un deuxième niveau, on utilisera les indicateurs par programme déjà établis pour la répartition intrarégionale, ce qui est cohérent avec la responsabilité de gestion des programmes de services des régies.

3. Les conditions de réussite

La répartition interrégionale des ressources a pour conséquence de forcer les régions à modifier leur réseau de services selon un niveau plus bas de ressources. En effet, actuellement, on répartit surtout les compressions. Les régions devront transformer le réseau pour améliorer sa performance, son efficience et son efficacité. C'est ce que vise finalement une répartition interrégionale de ressources.

Ainsi, la répartition des ressources et la transformation du réseau vont de pair; on ne peut pas parler de l'une sans se reporter à l'autre. Une répartition réussie devra amener des changements dans deux composantes fondamentales du réseau régional de services, à savoir :

— la gamme de services à offrir à l'échelle régionale;

— les processus de gestion et de production de services.

Rappelons que ces éléments sont à l'origine des transformations de structures organisationnelles et de la variation de la satisfaction de la population. Cependant, on ne leur donne pas assez d'importance dans les débats sur la transformation du réseau. Nous examinons ces éléments qui, selon nous, devront être à la base de toute transformation du réseau.

3.1 La gamme de services à offrir à l'échelle régionale

La transformation du réseau modifie la structure de services. On offre dorénavant plus de services ambulatoires, plus de services à domicile et relativement moins de services institutionnels. L'offre de services sera donc changée tout au moins dans ses composantes. La population sera forcée à s'adapter à l'offre de services, ce qui engendrera de nouvelles habitudes de consommation.

En effet, il est important de se rappeler que les services de santé sont définis par le réseau lui-même. C'est le réseau de producteurs qui conditionne l'offre de services; la clientèle peut modifier la combinaison des services utilisés et non la nature de ces services.

Ainsi, depuis des années, pour la population «ordinaire», il n'y a pas beaucoup de changements dans les services offerts. En effet, on se rend toujours aux cliniques médicales, aux CLSC et à l'urgence de l'hôpital pour rencontrer un médecin. Par la suite, on se laisse guider par ces instances à l'intérieur du réseau sans avoir de possibilité réelle de changer la nature des services utilisés, ni le cheminement dans le réseau.

De cette manière, l'offre de services conditionne les demandes de la population. De plus, les règles du réseau de dispensateurs dictent le cheminement entre la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Dans ce processus, on note deux caractéristiques : premièrement, les utilisateurs doivent faire beaucoup de démarches personnelles pour obtenir des services et deuxièmement, l'attente est parfois longue quand on change de dispensateur de services.

Conséquemment, le changement de l'offre de services et de sa structure, découlant des plans de transformation, exige, à court terme, une adaptation de la population dans l'utilisation des services. Il provoquera probablement un changement apparent des besoins de la population au cours des prochaines années.

Puisque c'est le réseau lui-même qui définit les services à offrir à la population, il est important que le débat sur les services à offrir à l'échelle régionale ainsi que sur les responsabilités de chaque dispensateur dans la production soit fait de la façon la plus explicite possible. Pour ce faire, on peut constituer, pour chaque programme-clientèle, une liste de services à offrir par niveaux d'intervention en tenant compte de l'interdépendance entre les régions. L'ensemble de ces informations représente une base de discussion valable entre les intervenants. En guise d'illustration, on présente en annexe l'exemple qui a été réalisé dans la région de la Montérégie.

Par ailleurs, la détermination de la gamme de services nous ramène inévitablement aux PROS : est-ce que la somme des services visés dans les PROS d'une région reflète la gamme des services requis dans cette région? Elle nous amène aussi à nous questionner sur la pertinence d'une approche comme celle développée en Orégon[9], où on délimite clairement les priorités des services à offrir dans un territoire.

Le mouvement n'est que commencé dans plusieurs régions. Il est fondamental dans la construction des structures. Cependant, il est nécessaire d'assurer une participation active de la population si on désire assurer leur «satisfaction» à l'égard des services offerts.

3.2 Les processus

Les plans de transformation actuels des régies régionales de santé et des services sociaux nous proposent essentiellement deux types d'intervention : l'un porte sur les changements de structure, et l'autre, sur les changements de la production de services, qui visent à la fois «la gamme de services à produire à l'échelle régionale» et «les processus de production et de gestion de ces services».

Si le débat portant sur les structures monopolise la scène publique, l'aspect des processus est relativement moins abordé jusqu'à maintenant. Pourtant, les processus sont fondamentaux dans la transformation du réseau, car ils définissent la complémentarité entre les dispensateurs de services en orientant les interventions vers les besoins des « usagers ». De plus, on ne peut pas construire un « réseau » de services sans une spécification des interrelations entre les unités de production que sont les établissements du réseau, car là aussi les processus interétablissements sont en cause.

La difficulté d'établir des liens officiels de production interétablissements peut être responsable du peu de progrès réalisé dans la complémentarité et dans la mise en œuvre d'un véritable réseau de

---

9 CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (1995). *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés.*

services. C'est pourquoi le changement des processus est une condition de succès de la transformation du réseau. Cela nous amène à parler de la «réingénierie des processus» dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La réingénierie des processus est un moyen de réduire les coûts de production et de réorienter les services vers les besoins et les attentes des usagers. Elle permet de conceptualiser et de mettre en œuvre des processus, qu'ils soient administratifs, cliniques ou de soutien, à l'intérieur d'une organisation ou entre les organisations. Les résultats visés par les démarches de réingénierie sont importants. Ils produisent, en général, une réduction de 30 à 40 % des coûts et amènent des changements importants dans l'organisation et dans les relations interétablissements. La réingénierie n'est pas un domaine nouveau, mais on l'utilise peu dans le secteur de la santé dans le contexte interétablissements et réseau. Pour avoir une information générale sur la réingénierie, on peut consulter certaines publications mentionnées dans la bibliographie[10].

La conjoncture actuelle relativement aux orientations de santé et d'économie nous conduit à des changements profonds dans les réseaux régionaux. En effet, ces réseaux auront moins de lits dans les institutions (on a lancé, pour fins de discussion, un objectif triennal de réduction de 20 % à 30 % dans certaines régions), plus de services ambulatoires et de première ligne et plus de services de prévention et de promotion. Conséquemment, les structures des réseaux régionaux seront bouleversées par les regroupements des établissements. Parallèlement, la gestion sera changée par l'introduction de la gestion par programme, par la décentralisation et la régionalisation. Et enfin, les acteurs devront se redéfinir pour s'adapter aux exigences de la complémentarité et du fonctionnement d'un réseau intégré. Dans ce contexte, les valeurs et les normes sont en mutation, et on devra mettre rapidement sur pied des façons nouvelles de faire. C'est précisément dans ce contexte de grands bouleversements qu'on peut construire les nouveaux processus en faisant appel à la réingénierie.

De plus, toute transformation de structure, à cause du mariage de cultures organisationnelles et de pratiques, engendre un changement dans les processus administratifs et cliniques et demande souvent d'inventer de nouveaux processus. Ainsi, si on ne réussit pas à implanter les nouveaux processus, les changements de structure seront inutiles.

La redéfinition du processus exige une définition claire de la clientèle et de ses attentes. Dans le réseau de services de santé et de services sociaux, le «client» est défini selon le type de dispensateur de services : c'est-à-dire qu'il est «client» du CHCD, du CLSC, du CHSLD, du CAR, etc. Un utilisateur est donc fragmenté en autant d'établissements que le requiert son état. Ce concept de client est pertinent dans un système d'établissements, mais son utilité est limitée dans la gestion d'un réseau intégré.

Ainsi, le concept «clientèle» dans le système de santé et de services sociaux doit dépasser celui de l'usager d'un seul établissement ou d'un seul dispensateur de services. En effet, dans un système universel de services de santé, la clientèle reviendra toujours dans le système si on ne règle pas de façon définitive son problème. Le coût total pour cette clientèle peut être plus élevé à cause, entre autres, de la répétition des procédures diagnostiques et de traitement. Cette situation touche particulièrement la clientèle ayant besoin des services de plusieurs établissements ou celle ayant besoin des services des programmes intégrés. Le cloisonnement du système et la complémentarité insuffisante entre les dispensateurs peuvent, en ce sens, favoriser la croissance des coûts.

---

10 VIGNEAULT, C. (1994). L'analyse des processus, Document de formation. BENOIT A. ET AUBERT et al. (1995). La réingénierie de processus d'affaire : vision globale et rôle des technologies de l'information, Revue internationale de gestion, HEC, vol. 20, n° 2.

Muni de ce «nouveau paradigme» du client, on peut redéfinir la complémentarité entre établissements sur une nouvelle base et établir les processus interétablissements. Il en est de même concernant la conceptualisation et la mise en œuvre d'un réseau intégré. Ce sont là des domaines intéressants d'étude et d'expérimentation pour les prochaines années pour la réingénierie des processus.

Enfin, la «satisfaction» du client est au centre des processus. C'est cette «valeur» nouvelle qui arbitrera les intérêts, parfois divergents, des établissements dans le fonctionnement en réseau intégré.

Dans plusieurs plans de transformation des régies, on utilise le niveau de satisfaction pour valider certaines orientations du plan de transformation. À titre d'exemple, la Régie de Montréal-Centre suggère six «dimensions de la satisfaction». Les régions de Launaudière et de Québec font actuellement des sondages pour obtenir le degré de satisfaction de la population, et d'autres régions comme la Montérégie emboîtent le pas, pour ne mentionner que quelques-unes. On note aussi que la Corporation des médecins, la Conférence des régies et certains établissements s'intéressent aussi à la « satisfaction » de la population. C'est une tendance intéressante qui pourra introduire de nouvelles «valeurs» dans le réseau de services. Mais cette tendance ne vise pas spécifiquement l'établissement des nouveaux processus.

Les quelques expériences de réingénierie que nous connaissons sont porteuses d'espoir, tel le cas du programme de soutien à la qualité de Montréal-Centre[11], la réingénierie de services du laboratoire de la sous-région de Longueuil (objectif : augmenter la production de 30%)[12], la complémentarité des services d'alimentation de la sous-région de Longueuil (objectif : réduire les coûts de 30 %)[13], la réingénierie du processus d'allocation de ressources dans la Montérégie (objectif : réduire la durée du processus de 60 %)[14]. Parmi ces projets, celui du laboratoire a atteint son objectif, et celui de Montréal-Centre fonctionne bien. Les autres sont en implantation.

Enfin, nous croyons que les plus grands gains d'efficacité et d'efficience se retrouvent dans la réingénierie des processus cliniques, mais il y a peu d'expériences au Québec actuellement dans cette sphère d'activité. Il sera intéressant de développer quelques projets pilotes dans ce domaine.

---

11 MC NEIL, R. (1996). *Programme de qualité*, Régie de Montréal-Centre.

12 MOSS, P. *et al.* (1995). Réingénierie des services de Laboratoire de la sous-région de Longueuil, Équipe de réingénierie de la Régie de la Montérégie.

13 NGUYEN, H. et G. RHO (1996). Complémentarité des services d'alimentation dans la sous-région de Longueuil, Équipe de réingénierie de la Régie de Montérégie.

14 LAFRENIÈRE, M. et A. MARTEL (1996). *Réingénierie du processus d'allocation de ressources de la Régie de la Montérégie*, Équipe de réingénierie de Montérégie.

Conclusion

Pour conclure, on peut dire que les changements proposés dans le plan de transformation ne peuvent être réalisés sans une modification des processus actuels et sans une connaissance précise de la gamme de services à développer dans les régions.

La conceptualisation et la mise en œuvre d'un réseau intégré demandent, en premier lieu, de définir «le client» du réseau. Elles exigent aussi une spécification claire des processus de production et de gestion interétablissements. Enfin, elles reposent sur le partage, entre tous les intervenants concernés, d'une vision commune concernant le «devenir du réseau».

La répartition des ressources interrégionales entraînera la transformation des réseaux régionaux. Ces transformations devront répondre aux exigences économiques et techniques de l'organisation de santé. Au cours de ces transformations, en plus de la performance de chaque établissement, les régions devront viser à organiser le fonctionnement du «réseau» en fonction des valeurs nouvelles concernant la satisfaction de la population, d'un nouveau paradigme «client-réseau» et des processus interétablissements. Le chemin est encore long à parcourir mais le contexte s'y prête et les enjeux valent les efforts requis.

Rérérences bibliographiques

BENOIT A. et AUBERT *et al.* (1995). *La réingénierie de processus d'affaire : vision globale et rôle des technologies de l'information*, Revue internationale de gestion, HEC,vol. 20, n° 2.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, (1995). *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés.*

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et L.H.TROTTIER (1995). *Rapport du comité sur l'allocation interrégionale de ressources*, Groupe GRIS, Département de l'administration de la santé, Université de Montréal.

LAFRENIÈRE, M. et A. MARTEL (1996). *Réingénierie du processus d'allocation de ressources de la Régie de la Montérégie*, Équipe de réingénierie de la Montérégie.

MC NEIL, R. (1996). *Programme de qualité*, Régie de Montréal-Centre.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1987). *Modifications suggérées aux critères d'allocation des ressources consenties par le ministère de la Santé et des Services sociaux au Réseau des affaires sociales*, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

MOSS, P. et al. (1995). Réingénierie des services de laboratoire de la sous-région de Longueuil, Équipe de réingénierie de la Régie de la Montérégie.

MSSS (1995). *Répartition interrégionale des compressions 1995-1996*, Direction de la planification et de l'évaluation.

MSSS (1996). *Le calcul des écarts régionaux*, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

MSSS-CRSSS (1992). *Comité sur l'allocation interrégionale des ressources, Rapport final et synthèese des travaux.*

NGUYEN, HUNG (1996). Projet conjoint MSSS, Conférence des Régies, Régie de Montérégie et Régie de l'Outaouais, *Expérience pilote de gestion par programme en santé mentale.*

NGUYEN, HUNG et G. RHO (1996). Complémentarité des services d'alimentation dans la sous-région de Longueuil, Équipe de réingénierie de la Régie de la Montérégie.

PAMPALON, R. *et al.*, MSSS (1992). *Les indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale de ressources*

VIGNEAULT, C. (1994). L'analyse des processus, Document de formation.

PLAN DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU

LES PANIERS DE SERVICES PAR PROGRAMME-CLIENTÈLE

Source : Direction de la planification, de l'évaluation et de l'informatique, RRSSS de la Montérégie (document de travail), 17 juin 1996

Programm ·clientèle : santé physique

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION			
1	2	3	4
Programme de services préventifs et de dépistage Services médicaux courants (médecine de famille) — en cabinet — en CLSC Services à domicile (ex. : MAD/SIMAD) — soins palliatifs	<u>Dans tous les territoires</u> Laboratoires de base Urgence Obstétrique Hospitalisation (ex.) : — médecine générale — médecine interne — chirurgie générale — pédiatrie — anesthésie — orthopédie — gériatrie Réadaptation courante à court et long terme Imagerie standard (ex.) : — graphie/scopie — échographie	<u>Concentrés dans certains territoires</u> Laboratoires spécialisés Certains services de médecine spécialisés (à définir) (ex.) : — endocrinologie — rhumatologie Certains services de chirurgie spécialisée (à définir) (exemples) : — ORL — plastie — ophtalmologie Imagerie spécialisée (ex.) : — médecine nucléaire — angiographie Dialyse rénale Réadaptation spécialisée	<u>Concentrés à un seul endroit</u> Trauma Hémodynamie Résonnance magnétique Radio-oncologie Neurochirurgie

Programme-clientèle : déficience physique

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme de services préventifs (groupe à risque) Programme de dépistage systématique et précoce, d'observation, de référence et de suivi Programme d'accueil, d'information, d'évaluation, de diagnostic, de référence et de suivi	Programme de traitements médicaux et de réadaptation précoce à court terme Programme de maintien des acquis fonctionnels Intervention sociocommunautaire (soutien, défense des droits, répit, etc.) Programme d'évaluation, de stimulation, de diagnostic et d'orientation (0-5 ans) Programme de réadaptation et d'adaptation fonctionnelle et sociorésidentielle Programme de réadaptation et d'insertion communautaire/socioprofessionnelle/scolaire Programme de soutien professionnel pour l'élaboration, la coordination, l'évaluation et le suivi du PSI Programme de milieux résidentiels substituts	Programme de réadaptation ultraspécialisé avec ou sans hébergement (médullaire) Réadaptation précoce et intensive pour les TCC (SAAQ) Aides techniques (autofinancés)

Programme-clientèle : déficience intellectuelle

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme de services préventifs, de dépistage et d'évaluation précoce Programme de diagnostic et de traitement médical	Programme d'intégration sociocommunautaire — évaluation et suivi psychosocial — soutien aux familles — promotion à l'intégration sociale — promotion et défense des droits Programme d'adaptation-réadaptation — aide éducative — intégration à l'emploi — intégration sociale — réintégration sociale Programme d'adaptation-réadaptation et d'intégration sociocommunautaire pour les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une autre problématique sévère	

Programme-clientèle : jeunesse

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme de services préventifs et de dépistage Services de base ou d'aide courants	Programme d'accueil / évaluation / diagnostic et d'aide spécialisée Programme complémentaire de consolidation du milieu familial Programme d'hébergement en milieu substitut Programme de réadaptation Pédopsychiatrie	Unité de traitement

Programme-clientèle : personnes âgées en perte d'autonomie

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme de soutien à domicile Soutien à l'intégration sociale Programme de services préventifs et de dépistage	Programme de maintien à domicile spécialisé : — CJ — HJ — RFI — HT — UCDG Programme d'hébergement et de soins de longue durée — RTF — PAVILLONS — RI — CHSLD	Programme d'hébergement et de soins de longue durée spécialisés (ex. : troubles de comportement très perturbateurs)

Programme-clientèle : toxicomanie

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme de services préventifs, de dépistage Programme d'évaluation, d'intervention et de référence Service 24/7 (Info-drogue)	Programme d'évaluation et de traitement en externe Programme d'évaluation et de traitement résidentiel Programme de désintoxication en externe ou en milieu résidentiel Programme de soutien à la réintégration sociale	Programme de désintoxication médicale en milieu hospitalier Programme d'évaluation et de traitement résidentiel pour des clientèles à problèmes multiples (justice, santé mentale, violence)

Programme-clientèle : santé mentale

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION		
1	2	3
Programme d'information, mécanismes d'accès aux services de traitement des plaintes Programme de services préventifs et de dépistage Programme d'intervention individuelle et familiale de première ligne et service 24/7 Programme d'intervention de crise Programme d'urgence ambulatoire, d'accueil, d'évaluation, de traitement, de suivi et de référence Programme d'évaluation et d'intervention avec hébergement en ressources alternatives à l'hospitalisation Programme de soutien aux familles (soutien psychosocial, entraide et répit) Programme de réadaptation et de réinsertion sociale (soutien individuel à l'intégration, hébergement en milieu transitionnel et appartements supervisés)	Hôpital de jour et unité de traitement provisoire Programme d'apprentissage aux habiletés de travail Hébergement en résidence de type familial : — pavillons/ressources intermédiaires — unité de soins prolongés — hospitalisation en psychiatrie de courte durée	Hébergement de longue durée en : — programmes précis pour clientèle vivant des problèmes multiples

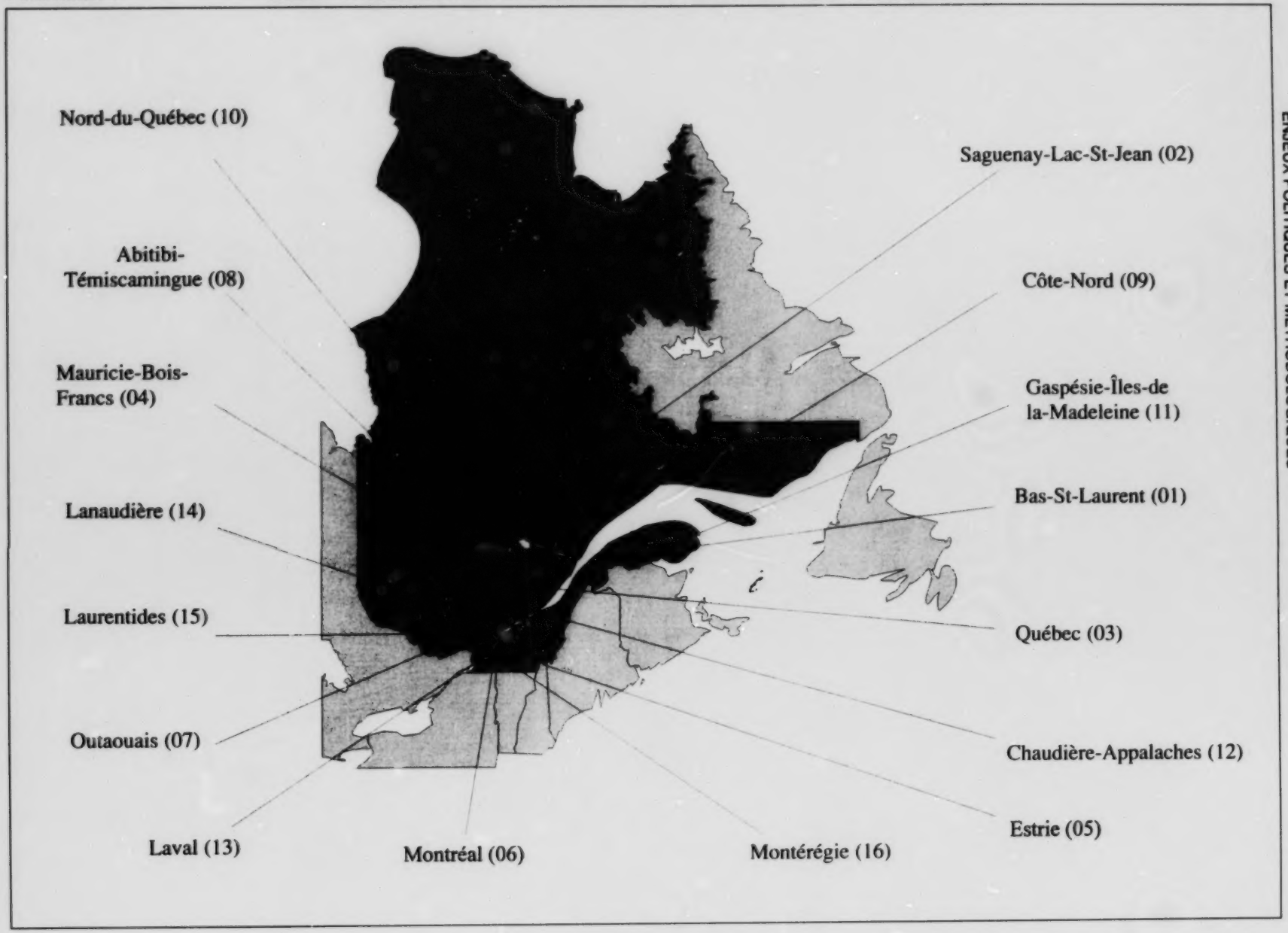
Programme-clientèle : santé publique

NIVEAUX / MILIEUX D'INTERVENTION*		
1 (local)	2 (régional)	3 (provincial)
Activités de promotion et de prévention efficaces et pertinentes selon le ou les déterminants ou problèmes visés dans le cadre du programme régional de santé publique	Activités de promotion et de prévention efficaces et pertinentes selon le ou les déterminants ou problèmes visés dans le cadre du programme régional de santé publique	Activités de promotion et de prévention efficaces et pertinentes selon le ou les déterminants ou problèmes visés dans le cadre du programme provincial de santé publique et du programme régional de santé publique

* À réaliser avec les partenaires des autres secteurs d'activité.

Annexe :

LES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC



Chapitre 8

La répartition intrarégionale des ressources financières

Par Luc Bordeleau

1. Évolution des approches intrarégionales

Nous nous pencherons maintenant sur les approches d'allocation et réallocation intrarégionales des ressources. Ces approches peuvent mener à des réductions ou des augmentations de ressources pour les établissements et organismes d'une région. Nous aborderons, en premier lieu, les considérations générales sur l'évolution de ce processus à l'échelle du Québec. Seront soulignés, en particulier, le rôle de plus en plus important joué à ce chapitre par les régies régionales et l'apport original qu'elles ont apporté.

Nous illustrerons ensuite ce phénomène en passant en revue quelques démarches régionales. Les points de convergence et de divergence entre ces démarches seront enfin présentés.

1.1 Considérations générales

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ni le Ministère, ni les conseils régionaux ou les régies régionales n'ont jamais procédé à une allocation ou réallocation intrarégionale des ressources sur une large échelle. En effet, historiquement, les crédits sont votés à l'Assemblée nationale suivant une structure budgétaire correspondant, en premier lieu, aux catégories d'établissements et organismes dispensateurs de services (ex. : Programme 1, Services des centres locaux de services communautaires) et ensuite distribués entre les établissements ou organismes d'une catégorie par le Ministère. Dans ce cadre, le budget de l'année en cours (ex. : 1995-1996) découle de la reconduction, après indexation et ajustements, du budget final de l'année précédente (1994-1995). Ce point de départ est de nature essentiellement empirique, c'est-à-dire qu'il résulte de multiples décisions ou orientations prises depuis que l'établissement existe. Ne feront exception que les rares cas de création, fermeture ou changement de vocation d'un établissement.

Les modifications budgétaires annuelles peuvent être communes à tous les établissements d'une catégorie (ex. : taux d'indexation de la composante globale, équité salariale, comité des usagers) ou, au contraire, être propres à une ressource en particulier (ex. : modification des recouvrements et ventes de services budgétés, réduction budgétaire, développement). La situation géographique d'un établissement n'influence pas ce processus sauf de façon marginale pour un petit nombre d'entre eux (ex. : primes d'éloignement). La décentralisation de l'opération de budgétisation des établissements vers les régies régionales en 1995-1996 ne change rien à cet état de fait, jusqu'à nouvel ordre. Ce traitement s'applique ainsi à la quasi-totalité des budgets de fonctionnement des établissements et organismes dispensateurs de services, soit leur base budgétaire.

En pratique, les approches d'allocation ou réallocation intrarégionales ne peuvent toucher annuellement que de 1 à 3 % des crédits disponibles. Par exemple, cela représentait des réductions budgétaires de 192,6 millions de dollars et des réallocations de 93,7 millions sur un total de près de 10 milliards (excluant la RAMQ) en 1995-1996. Les réductions ont d'abord fait l'objet d'une répartition interrégionale sous forme de cible globale à atteindre par le Ministère. Il revenait ensuite aux régies régionales de recommander une distribution entre établissements et organismes. La réallocation était quant à elle découpée, en premier lieu, en enveloppes de développement spécifiques (ex. : personnes âgées en perte d'autonomie). Dans un deuxième temps, il y eut allocation aux établissements ou

organismes à l'intérieur de chaque enveloppe. Cette répartition a été effectuée, dans certains cas, directement par le Ministère (ex. : transplantation d'organes) et, dans d'autres, par les régies régionales (ex. : maintien à domicile des personnes handicapées).

Trois tendances se dégagent depuis quelques années en matière d'allocation et réallocation intrarégionale des ressources. En premier lieu, les sommes ont tendance à augmenter et les sources de financement à se modifier. Auparavant, la base budgétaire de l'année précédente était généralement protégée. S'ajoutait une indexation paramétrique totale ou partielle de certains coûts (ex. : salaires, autres dépenses) et l'ajout de budgets de développement pour certains services ou établissements, financés par des crédits nouveaux. Depuis 1995-1996, on assiste à une croissance zéro (non-indexation de la base budgétaire) et toute réallocation est financée à partir de réductions de dépenses, les lieux de réduction et réallocation correspondant rarement. Le montant des réductions à l'échelle du Québec est plus du double de celui des réallocations, ce qui fait en sorte que la base budgétaire d'établissements dans certaines régions décroît en termes réels et non plus seulement relatifs.

En deuxième lieu, les régions, par l'intermédiaire des régies régionales, ont de plus en plus d'influence sur les décisions concernant la répartition intrarégionale des ressources. Cela ne s'est appliqué, pour le moment, qu'aux ressources nouvelles, c'est-à-dire à l'ensemble des réductions et à une part variable selon les régions des réallocations budgétaires. Toutefois, l'application au cours des prochaines années des plans majeurs de transformation du réseau adoptés dans certaines régions (ex. : Québec, Estrie, Montréal-Centre) impliquera des réaménagements majeurs allant, pour certains établissements, jusqu'à une modification significative de leur base budgétaire à la suite de compressions, développements, changement de vocation et même fermeture. Pour ce faire, une série d'approches ou méthodes ont été développées par les régies régionales au fil des ans. Ces méthodes variées diffèrent généralement de l'approche mise sur pied par le Ministère au plan interrégional.

En troisième lieu, a vu le jour, au cours des dernières années, une réflexion sur la notion d'équité intrarégionale menant à des tentatives d'implanter un continuum de répartition Québec-région-sous-région-établissement ou organismes, plutôt que la filière traditionnelle Québec-région-établissement ou organismes. Ce mouvement s'est accentué depuis la dernière réforme et peut être relié à plusieurs facteurs. La nouvelle composition des conseils d'administration des régies régionales fait davantage de place à des partenaires socioéconomiques susceptibles de représenter des intérêts sous-régionaux ou locaux (ex. : représentants de municipalités ou organismes communautaires). Certaines régions de grande superficie comptent en leur sein des sous-régions avec des particularités propres, jalouses de leur autonomie et soucieuses de se doter du maximum de ressources nécessaires pour assurer leur développement. Le tendance actuelle vers la régionalisation dans une perspective d'équité interrégionale a également pour effet de légitimer les demandes quant à l'atteinte d'une équité intrarégionale puisqu'elles procèdent d'une même logique. À ce titre, il y a clairement dichotomie entre les régions urbaines et les régions rurales et semi-urbaines.

Seront maintenant présentés, plus en détail, quelques exemples de démarches régionales pour l'année 1995-1996. Globalement, cette année, des compressions budgétaires de 192,6 millions de dollars furent appliquées à l'ensemble des régions du Québec dont 93,7 millions furent retournés sous forme de réallocation.

1.2 Exemples de démarches régionales

a) Région de Montréal-Centre, approche 1995-1996 (réductions de 82,1 millions, réallocations de 18,7 millions).

En mars 1995, la Régie entreprenait la démarche de consultation qui allait mener à l'adoption de ses recommandations quant à l'organisation des services de santé et de services sociaux sur l'île de Montréal. Ces recommandations, valables pour une période de cinq ans, ont été adoptées le 27 juin 1995[1] et transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux qui les a accueillies favorablement. La signification des budgets aux établissements, incluant les réductions et une partie des réallocations prévues pour l'an 1 du plan de transformation régional, a été effectuée en septembre 1995.

Les compressions prévisibles, exigibles par le Ministère pour la période 1995-1998, s'élevaient à environ 246 millions de dollars, dont 56 millions seraient retournés sous forme de budgets de développement servant en grande partie à payer des engagements ministériels, pour une réduction nette de 190 millions. Plutôt que de se limiter à l'application de cette « commande », la Régie régionale décidait de procéder à des réductions majeures de 345,6 millions sur cinq ans, desquels 190 millions seraient toujours retournés au Ministère, ce qui laisserait une masse de 155,6 millions aux fins de réallocations récurrentes. Le prix à payer s'avère plus élevé, mais, en retour, la région se dote d'une marge de manœuvre importante lui permettant d'actualiser ses priorités.

Répartir de façon paramétrique 345,6 millions de dollars aurait signifié des compressions moyennes de 10 % pour l'ensemble des établissements de la région. Cette solution fut jugée inacceptable puisqu'elle risquerait de perturber l'ensemble du fonctionnement du réseau régional. Une approche beaucoup plus ciblée fut donc privilégiée. Au départ, 182 millions, soit 52 % de l'objectif total, seraient obtenus grâce à la fermeture ou au changement de vocation de 9 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Les réductions restantes seraient réparties entre catégories d'établissements selon des pourcentages variables, les CLSC et CHSLD étant épargnés.

Les réallocations prévues visent plusieurs fins, la réalisation des priorités régionales, la réponse aux besoins, avec des modalités différentes, des usagers auparavant desservis par les établissements fermés, la mise en place de services dans la communauté facilitant le virage ambulatoire... De façon générale, une meilleure adaptation des services en fonction des besoins changeants de la population et des nouvelles modalités de dispensation de services guide la démarche de réallocation. Dans ce cadre, sauf pour les services de première ligne et certains services de réadaptation ou en santé mentale, l'unité de planification privilégiée est l'ensemble de la région. Quelques points saillants peuvent être dégagés de cette expérience :

— opération d'allocation et réallocation découlant d'un plan de transformation global du réseau régional de services au-delà des catégories d'établissements et programmes-clientèles;

— opération dépassant les objectifs financiers fixés par le Ministère pour 1995-1996 et impliquant une modification majeure du niveau de ressources alloué, en plus ou en moins, à certains établissements;

— planification quinquennale mais niveau de réductions et réallocations effectives à réajuster tous les ans à cause du caractère annuel du processus budgétaire gouvernemental;

— prépondérance de la dimension organisation des services par programmes-clientèles dans la répartition des ressources au détriment des volets efficience et territorial;

---

1 RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE (1995). *Recommandations. L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal*, Montréal.

— un nouvel équilibre interne plutôt que l'équité inter ou intrarégionale constitue une préoccupation majeure.

b) Région de l'Outaouais, approche 1995-1996 (réductions de 4,9 millions et réallocations de 2,4 millions).

Comme dans la région de Montréal-Centre, l'Outaouais entreprenait à l'hiver 1995 un processus qui menait, en mai 1995, à l'adoption d'un plan stratégique régional de transformation du système 1995-1998. Ce plan comprend les principaux éléments suivants :

— « un ensemble d'orientations/principes et de cibles à atteindre d'ici 1998 en matière d'organisation des services, d'efficience dans les façons de faire, de gestion de ressources humaines et de rapprochements administratifs et corporatifs;

— les mandats dévolus aux partenaires du réseau pour identifier les moyens relatifs à l'atteinte des cibles;

— les outils de support offerts au réseau pour assurer le succès de la démarche;

— les cibles budgétaires 1995-1996 en fonction de l'opérationnalisation du concept d'équité intrarégionale[2] ».

Un arrimage est également prévu avec le plan d'action régional relatif aux priorités de santé et de bien-être ainsi que le plan d'autosuffisance soumis au gouvernement, qui constitue une particularité propre à l'Outaouais.

Après avoir insisté sur de grandes orientations à privilégier, le plan régional désigne des cibles et résultats visés par champ d'activité et programme-clientèle. Ces cibles se traduiront, entre autres pour le programme santé physique, par d'importantes économies brutes prévisibles pouvant faire l'objet de réallocations intrarégionales (ex. : par la fermeture de lits de soins de courte durée). Des cibles et résultats sont également définis pour les services administratifs et techniques, les immobilisations et locations d'espace. Ce volet d'efficience touche toutes les catégories d'établissements.

« Depuis quelques années, la Régie régionale de l'Outaouais s'est souciée d'inscrire la question de l'équité entre les territoires dans les diverses formes d'allocation d'enveloppes de développement selon les cibles prescrites par le Ministère... L'approche par territoire demeure celle qui est privilégiée pour l'organisation des services et la distribution des ressources... L'approche globale dans la mesure de l'équité intrarégionale sera également privilégiée, donc en fonction de l'ensemble des sommes destinées au réseau régional de santé et de services sociaux, indépendamment des programmes-clientèles[3]. L'instrument de mesure privilégié sera le per capita pondéré, outil développé au Ministère, qui sera adapté à l'échelle sous-régionale.

La compression totale exigée pour 1995-1996 dépasse ce qui est demandé au niveau national puisqu'on y ajoutait les sommes nécessaires pour autofinancer des engagements régionaux antérieurs. « La contribution additionnelle de la région (en sus du manque à gagner résultant de la non-indexation des dépenses) a été répartie sur une base territoriale en fonction de l'équité intrarégionale globale. L'approche préconisée est nommée la méthode du per capita cible... Le territoire le plus pauvre n'assume aucune contribution additionnelle et les territoires moins nantis assument des parts moins significatives

---

2 RÉGIE RÉGIONALE DE L'OUTAOUAIS (1995). *Plan stratégique de transformation du système 1995-1998*, Hull.

3 *Ibid.*

que si l'on utilisait une approche plus paramétrique[4] ». Les instances territoriales ont ensuite été mandatées pour proposer, dans leur plan territorial de transformation, l'allocation de cette compression entre les partenaires du réseau sous-régional dans le respect de certains paramètres. À noter que les budgets des établissements à vocation régionale ont été répartis entre les sous-régions pour le calcul du per capita, selon la provenance de la clientèle, et qu'en conséquence les cibles sous-régionales pourront inclure des parts leur revenant.

Enfin, l'enveloppe de développement pour les activités de transformation du système a été répartie entre les territoires au prorata de la compression intervenue dans chacun d'entre eux en sus d'un montant minimum de 100 000 $ par territoire. Quelques points saillants peuvent être dégagés de cette expérience :

— opération d'allocation et réallocation découlant d'un plan de transformation global du réseau régional de services au-delà des catégories d'établissements et programmes-clientèles;

— opération dépassant les objectifs financiers fixés par le Ministère pour 1995-1996;

— planification triennale mais niveau de réductions et réallocations effectives à réajuster tous les ans à cause du caractère annuel du processus budgétaire gouvernemental;

— prépondérance de la dimension territoriale sous-régionale dans la répartition des ressources au détriment des volets efficience ou programmes-clientèles;

— l'équité intrarégionale constitue une préoccupation majeure.

c) Région de l'Abitibi-Témiscamingue, approche 1995-1996 (réductions de 4,3 millions et réallocations de 2,1 millions).

La planification de l'année financière 1995-1996 débutait à l'automne 1994 par des travaux menant à l'adoption d'orientations et principes en décembre 1994[5]. On y retient prioritairement l'équité envers les citoyens des MRC et la performance : un objectif à atteindre. « L'allocation des ressources en fonction des populations doit donner lieu à une répartition équitable sur le territoire, c'est-à-dire chercher à corriger les disparités actuelles par programme en tenant compte des caractéristiques variables des populations par territoire... D'autre part, la disponibilité réelle de ressources pour les citoyens dans la région est affectée par la performance du réseau des services et des producteurs, d'où l'indication d'intégrer ce volet lors de l'évaluation de la richesse, notamment au niveau de la performance des coûts[6]». Il fut également décidé d'ajouter un effort supplémentaire au montant demandé par le Ministère afin de rencontrer des priorités régionales et résoudre des problèmes particuliers pour un total régional de 5,5 millions de dollars.

La méthode permettant d'appliquer ces principes fut ensuite développée. Il est affirmé, au départ, que si certains niveaux de services seront épargnés (exclusions), tous les établissements devront contribuer, au moins minimalement, a l'effort régional pour un montant de 825 000 $. La performance est ensuite visée au moyen d'outils essentiellement créés par le Ministère et touchant surtout les services d'hôtellerie avec une somme de 1,3 millions. Ces outils sont utilisés de façon transitoire en attendant la conclusion de travaux régionaux.

---

4 *Ibid.*

5 RÉGIE RÉGIONALE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1994). *Défi qualité-performance, année 2 : Orientations régionales en matière de compression des dépenses pour l'année 1995-1996*, Rouyn-Noranda.

6 *Ibid*

Enfin, pour la compression interprogrammes concernant 3,4 millions, « la méthode retenue compare les dépenses per capita de chaque programme en Abitibi-Témiscamingue à celui du Québec tout en tenant compte des particularités de la région... La régie régionale considère que le poids budgétaire des programmes en Abitibi-Témiscamingue doit se rapprocher de celui du Québec»[7]. On distribua ensuite les montants ainsi obtenus pour trois programmes-clientèles entre les différentes municipalités régionales de comté (MRC) de la région à l'aide d'une approche multicritères développée auparavant pour l'allocation de budgets de développement[8]. Pour l'exercice de réductions, l'approche a été simplifiée en ne retenant qu'un seul niveau d'indicateurs (3 ou 4 maximum) s'appliquant aux cinq MRC de la région. Le calcul des taux de compression par MRC s'est fait ensuite en fonction de l'importance relative des indicateurs.

À noter que les CLSC n'étaient soumis qu'à la contribution minimale tandis que les autres établissements pouvaient aussi contribuer au chapitre de la performance et de l'interprogramme[9].

Quant aux budgets de développement, ils sont alloués intrarégionalement en fonction de priorités régionales. Quelques points saillants peuvent être dégagés de cette expérience :

— opération d'allocation et réallocation avec horizon d'un an qui sera suivie par un plan de transformation pluriannuel du réseau à compter de 1996-1997;

— opération dépassant les objectifs financiers fixés par le Ministère pour 1995-1996;

— prépondérance de la dimension territoriale sous-régionale mais présence importante des volets efficience et programmes-clientèles (approche relativement équilibrée);

— l'équité intrarégionale constitue une préoccupation majeure.

d) Région de la Montérégie, approche 1995-1996 (réductions de 12 millions et réallocations de 14,8 millions)

Ce cas constitue une exception parmi les quatre analysés, le montant de réallocation annoncé dépassant celui des compressions. Cela ne dispense toutefois pas cette région de procéder au même exercice que les autres, les deux opérations étant distinctes puisqu'elles ne visent pas les mêmes programmes, établissements ou services en même temps. De plus, dans cette région, des compressions supplémentaires ont également été prévues pour le financement de priorités propres à la région, non prévues dans la réallocation annoncée.

« La méthodologie adoptée par le conseil d'administration le 30 mars 1995 repose sur deux orientations :

— identification du quantum de réduction des dépenses des sous-régions en tenant compte de l'équité par la diminution des écarts des per capita pondérés. Cette approche prend en considération les éléments suivants :

---

7 RÉGIE RÉGIONALE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1995). *Transformation du réseau, année 2: Exclusions et méthodologie pour fins de compression des dépenses pour 1995-1996*, Rouyn-Noranda.

8 URLI, B. ET D. BEAUDRY (1993). *Une approche multicritères d'allocation des ressources dans le domaine de la santé*, Rimouski,.

9 RÉGIE RÉGIONALE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, *op.cit.*

. la population;
. les besoins de la population;
. la richesse (dépenses 1993-1994 plus les développements 1994-1995 moins les cibles de réduction 1994-1995);

— répartition entre les établissements en tenant compte des cibles d'économies potentielles suivantes selon une approche d'étalonnage (Benchmarking) :

. réduction du coût par cas en courte durée, par le biais entre autres du virage ambulatoire
. laboratoires
. imagerie médicale
. entretien ménager
. buanderie-lingerie
. services alimentaires et
. allégement et rapprochements administratifs»[10]

À noter que la réduction des écarts s'effectue programme par programme et que le quantum d'une sous-région n'est que la résultante de ce calcul.

« La cible de réduction des dépenses est répartie aux producteurs sur la base des économies potentielles identifiées. Toutefois, celle-ci est limitée, dans une première opération, à un plafond théorique fixé par catégorie de producteur :

— CH	4,5 %
— CHSLD	2,0 %
— CR/CPEJ-CRJDA	2,5 %
— CLSC	1,0 %

Ces plafonds sont utilisés strictement aux fins de comparer ce montant avec celui de l'économie potentielle : le moindre des deux est retenu.

Par la suite, le total de ces montants pour l'ensemble des établissements d'une sous-région est comparé au quantum de compressions sous-régionales; l'écart positif ou négatif est réparti proportionnellement au montant de la compression calculé par établissement. L'addition du minimum et du solde résiduel constituent la cible de réduction[11].

Les réallocations, quant à elles, devraient s'effectuer, en partie, en fonction de priorités ministérielles et, en partie, selon le contenu du Plan stratégique 1995-1998[12]. Ce plan comporte deux volets principaux : des résultats à atteindre en fonction de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que des éléments pour réaliser la reconfiguration du réseau.

---

10 RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE (1995). *Guide explicatif des cibles de réduction de dépenses des établissements publics de la Montérégie 1995-1996*, Longueuil.

11 *Ibid.*

12 RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE (1995). *« Le visage santé et bien-être en Montérégie ». Synthèse du plan stratégique 1995-1996*, Longueuil.

Quelques points saillants peuvent être dégagés de cette expérience :

— opération d'allocation et réallocation avec horizon d'un an mais s'inscrivant, en partie, pour le volet réallocation dans le cadre d'un plan de trois ans;

— opération dépassant les objectifs financiers fixés par le Ministère pour 1995-1996;

— prépondérance de la dimension territoriale sous-régionale mais présence importante des volets efficience et programmes-clientèles (approche relativement équilibrée);

— l'équité intrarégionale constitue une préoccupation majeure.

Conclusion

L'échantillon examiné, malgré qu'il ne soit pas exhaustif, nous permet tout de même de dégager des tendances sans doute généralisables à l'ensemble du Québec. En premier lieu, les approches touchant les réductions et réallocations de ressources apparaissent, avant tout, individualisées, c'est-à-dire découlant d'un contexte, d'une approche et d'objectifs propres à chacune des régions du Québec. En deuxième lieu, on souhaite, de plus en plus, passer à une pratique où les actions entreprises pour une année donnée s'inscrivent dans le cadre d'une planification pluriannuelle. Cette planification s'appuie sur trois principaux éléments : les contraintes budgétaires fixées par le gouvernement, les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être adoptés et, enfin, les plans régionaux de transformation du réseau. En troisième lieu, selon les priorités de chaque région, les dimensions sous-régionales, efficience et programmes-clientèles auront plus ou moins d'importance au niveau des approches adoptées. À ce chapitre, les régions essentiellement urbaines se distingueront par l'accent moins important mis sur la dimension sous-régionale.

Chapitre 9

La planification régionale et les systèmes d'information

Par André-Guy Sauvageau

Introduction

La planification régionale, comme tout effort pour mieux organiser, mieux décider, mieux choisir et à cette fin apprécier le futur immédiat ou à plus ou moins long terme, doit s'appuyer sur une vision de la réalité. Cette vision inclut des faits et des indices permettant de décrire la situation, d'observer et de prévoir le déroulement des événements avec une certaine justesse et, en conséquence, de poser les bonnes actions.

L'information et la connaissance constituent la matière première de ces exercices. Dans le domaine sociosanitaire, notre champ d'action, plusieurs caractéristiques qui lui sont propres rendent la tâche difficile, voire complexe, tout en lui conservant une légitimité et une noblesse. Rappelons-nous que l'on travaille au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population du Québec.

On connaît les dictons du management, à savoir qu'une entreprise qui ne planifie pas, ou le fait à la légère, finit par disparaître ou est absorbée. Le réseau public de la santé et des services sociaux est-il immunisé face à ces risques? Il doit se doter des mêmes instruments que le secteur privé dans un souci de recherche de la performance d'ensemble et de la qualité de sa gestion.

Le citoyen payeur est en droit de s'attendre à une performance comparable au secteur privé dans la livraison des services, dans leur organisation et dans l'adéquation entre les problèmes, leurs causes et les solutions.

Un soutien insuffisant à l'effort de planification dans une organisation qui compte près de 800 établissements, près de 225 000 employés et des budgets annuels récurrents de l'ordre de 13 milliards de dollars peut nous amener collectivement à une dichotomie entre les besoins et les réponses. La clientèle de ce réseau, c'est l'ensemble de la population du Québec.

Le système est maintenant géré sur une base régionale. Dans cette perspective, quels sont les enjeux informationnels nécessaires au soutien de l'exercice de planification régionale? Il sera d'abord question de ces enjeux. Par la suite, les grands domaines d'information à couvrir de même que l'instrumentation seront présentés.

1. Les enjeux de l'informatisation

1.1 La démocratisation de la prise de décision

Avec la réforme du système de santé et de services sociaux, on est passé d'un mode de prise de décision centralisé au ministère de la Santé et des Services sociaux à un mode décentralisé. Le Ministère intervenait directement dans la gestion de plus de 900 établissements. Aujourd'hui, nous disposons d'un système où les régies régionales, gouvernées par un conseil d'administration formé de citoyens, d'élus, d'usagers de la région gèrent un réseau régional. Ainsi, elles allouent les ressources que le gouvernement a consenties, organisent et coordonnent les services dans la région, établissent les priorités et évaluent.

Pour faciliter l'exercice de leur mandat et de leurs responsabilisés, les citoyennes et citoyens décideurs doivent être informés correctement. Leurs décisions ont forcément des répercussions à grande portée dans leur communauté. La transformation actuelle du réseau parle par elle-même.

La légitimité de leur mandat va de pair avec une instrumentation adéquate. Ainsi, de concert avec la démocratisation du système sociosanitaire, on assiste à une nécessaire démocratisation de l'information.

Les instances décisionnelles en région ont besoin de connaître l'état de santé et de bien-être de leur population et ont une obligation d'en informer celle-ci. Ces données sont prises en compte pour prioriser et consentir les ressources aux différents services. Les administrateurs doivent aussi connaître les soins et les services produits par les dispensateurs aux clients et en mesurer l'effet.

Cette connaissance des réalités régionales doit s'appuyer sur les territoires qui la composent. L'enjeu est donc de soutenir une prise de décision et une action ayant ses assises dans la réalité régionale, tout en permettant une reddition de comptes à la population de la région, au Ministre et au gouvernement.

1.2 L'intersectorialité

Les services de santé et les services sociaux ne sont pas cloisonnés uniquement à des établissements et des organismes communautaires.

Plusieurs actions aux paliers préventif, curatif ainsi qu'en réadaptation se déroulent avec des partenaires, notamment dans le secteur de l'éducation, dans le monde municipal et la justice.

Lorsque le réseau de la santé travaille avec les partenaires intersectoriels, il doit être en mesure de se baser sur les mêmes schèmes de référence. Par exemple, dans les services aux jeunes, il est intéressant d'observer le décrochage scolaire du fait qu'il représente un risque et doit être pris en compte dans la planification de l'organisation des services.

La même chose se produit dans d'autres secteurs. Les découpages territoriaux et les données démographiques servant de dénominateur doivent être les mêmes de part et d'autre si l'on souhaite avoir des références communes et débattre des mêmes objets.

L'enjeu est donc de s'assurer du développement de bases de références communes avec les partenaires intersectoriels pour les travaux conjoints.

1.3 Les objectifs de résultats et l'approche par programme

La réforme et la Politique de la santé et du bien-être ont mis de l'avant une approche basée sur des objectifs de résultats, sur un découpage de l'ensemble des interventions du réseau en cinq grands champs d'activité, huit programmes-clientèles ainsi que sur des stratégies de mise en œuvre régionales. Le tableau qui suit présente cette nomenclature[1] :

DÉFINITION D'UN PROGRAMME	
Un programme est défini comme un ensemble d'activités, destinées à une **clientèle particulière**, visant des résultats précis pour lesquels sont consenties des **ressources humaines, matérielles et financières.**	
NOMENCLATURE DE PROGRAMME	
Champ d'activité	**Programmes**
Santé publique	Santé publique
Santé physique	Santé physique
Santé mentale	Santé mentale
Intégration sociale	• Personnes âgées en perte d'autonomie • Personnes présentant une déficience intellectuelle • Personnes ayant une déficience physique
Adaptation sociale	• Jeunes • Alcoolisme et autres toxicomanies

Lorsqu'on se donne des objectifs, qu'on détermine un niveau de résultats à atteindre, il faut donc connaître la situation actuelle et, par la suite, on doit se doter des outils de mesure pour observer l'atteinte de l'objectif.

En même temps, il faut aligner les décisions et les actions dans chacun des champs d'intervention pour contribuer à l'obtention des résultats. L'approche par programme vient, quant à elle, segmenter les différents services offerts par clientèle pour laquelle une gamme de services est prévue. Cette notion de champs d'activité et de « programme » consolide le fait qu'un établissement peut offrir des services dans plusieurs programmes et doit le faire en complémentarité avec d'autres établissements, entre autres, pour assurer la continuité des services à la clientèle.

---

1 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *Politique de la santé et du bien-être*, MSSS, 192 pages.

Cette approche fait que la mesure des services offerts doit être standardisée, que la gestion et l'information doivent être ajustées à ce contexte et répertoriées d'une même manière, pour un même champ d'activité, dans chaque région du Québec.

L'enjeu est donc d'assurer la mesure des résultats et des services offerts dans les différents champs d'activité.

1.4 La territorialité

Les régies régionales ont un mandat à exercer à l'intérieur d'un territoire prescrit (région administrative). Ce territoire se découpe en « territoires de CLSC » qui représentent l'unité administrative usuelle dans le réseau sociosanitaire.

Cependant, les populations, les groupes à risque, les problèmes de santé et les problèmes sociaux ne respectent pas nécessairement les découpages administratifs.

Par ailleurs, les partenaires intersectoriels (municipalités, MRC, éducation, justice) et les différentes sources auxquelles on puise les données (BSQ, Statistique Canada) utilisent des découpages et des codes géographiques parfois différents ou ont des regroupements territoriaux qui ne sont pas toujours les mêmes. Lorsque les régies allouent les ressources en souhaitant atteindre une équité intrarégionale, le découpage utilisé peut varier d'une région à l'autre, notamment à cause des différences entre ces régions (population, morphologie du territoire).

Pour s'en sortir et bien analyser et interpréter les situations, il faut être en mesure de travailler avec des découpages variés et pouvoir faire des regroupements qui correspondent aux réalités des populations et des problèmes étudiés. Ainsi, on doit être en mesure de travailler à des paliers plus spécifiques pour des clientèles particulières et avec des bassins de desserte en lien avec les problèmes et les services offerts à la population.

L'enjeu ici est de permettre l'utilisation de codes de découpage géographique variés dans l'utilisation des informations disponibles.

1.5 L'unicité et la normalisation

La provenance des informations est diverse, comme on l'a mentionné précédemment. Il est possible de détenir plusieurs versions ou copies spécialisées à des fins précises des informations provenant de l'intérieur comme de l'extérieur du réseau sociosanitaire. À titre d'exemple, il faut noter que les banques de données populationnelles sont souvent séparées en banques de données sur les jeunes et sur les personnes âgées.

Il est important de détenir pour chaque domaine couvert une « banque de données source », unique et validée.

Il faut comprendre que les services dispensés dans le réseau sociosanitaire couvrent des domaines aussi divers que la santé au travail, la protection de la jeunesse, la santé mentale, la déficience intellectuelle, la santé physique ou les personnes en perte d'autonomie.

Les champs d'activité sont vastes. Aux fins de comparaison entre les régions, il faut une normalisation qui permettra d'établir des liens entre les services dispensés aux populations, la performance dans la production des services et les stratégies ou l'approche de dispensation. La complexité des informations et le grand nombre d'acteurs impliqués engendrent de multiples utilisations, forçant ainsi une normalisation de ces informations.

L'enjeu ici est d'assurer l'unicité des « données sources » à l'intérieur des organisations et une normalisation des données sur les services dispensés et les ressources utilisées.

1.6 La confidentialité et la sécurité

Il faut que, dans l'ensemble du Québec, les citoyennes et citoyens utilisent les services de santé et les services sociaux dont ils ont besoin, en toute sérénité et tranquillité d'esprit, quant à la confidentialité des informations qui les concernent et à la sécurité de ces informations.

Cela dit, en même temps, il faut que les instances des territoires administrés par leurs représentants, travaillant pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de leur communauté, puissent le faire avec des instruments adéquats. Cela leur permettra d'assurer l'équité dans l'allocation des ressources ainsi qu'une planification et une réorganisation plus justes des services. Les deux sont possibles. Aujourd'hui, aux fins des exercices de planification, les données utilisées ne comprennent pas le « nom » des personnes, ni leur numéro d'assurance-maladie ou d'assurance sociale. Pour ce qui est de l'âge, nous ne devrions plus avoir à utiliser la date de naissance, mais bien l'âge au moment de la consommation des services.

La donnée la plus sensible demeure le découpage territorial. À cause des petits nombres, une petite population sur un grand territoire, il pourrait arriver que l'on puisse identifier des personnes. Mais le découpage territorial est essentiel au travail de planification, ne serait-ce que pour faire l'adéquation entre les besoins d'une communauté et les ressources disponibles.

L'approche suggérée pour assurer l'étanchéité la plus complète possible consiste à arrondir les résultats avec des méthodes similaires à celles de Statistique Canada lors de la publication ou de la diffusion d'informations. Au-delà des mesures standard de sécurité du portefeuille informatique et des ressources humaines, l'enjeu est de protéger la vie privée des citoyennes et citoyens des régions et des communautés, tout en étant bien instrumenté pour la gestion.

En toile de fond, l'information et les systèmes d'information s'inscrivent dans ces enjeux et ces défis. Voyons maintenant comment se présente et s'organise l'information aux fins de planification et quelle en est la dynamique.

2. Les domaines d'information

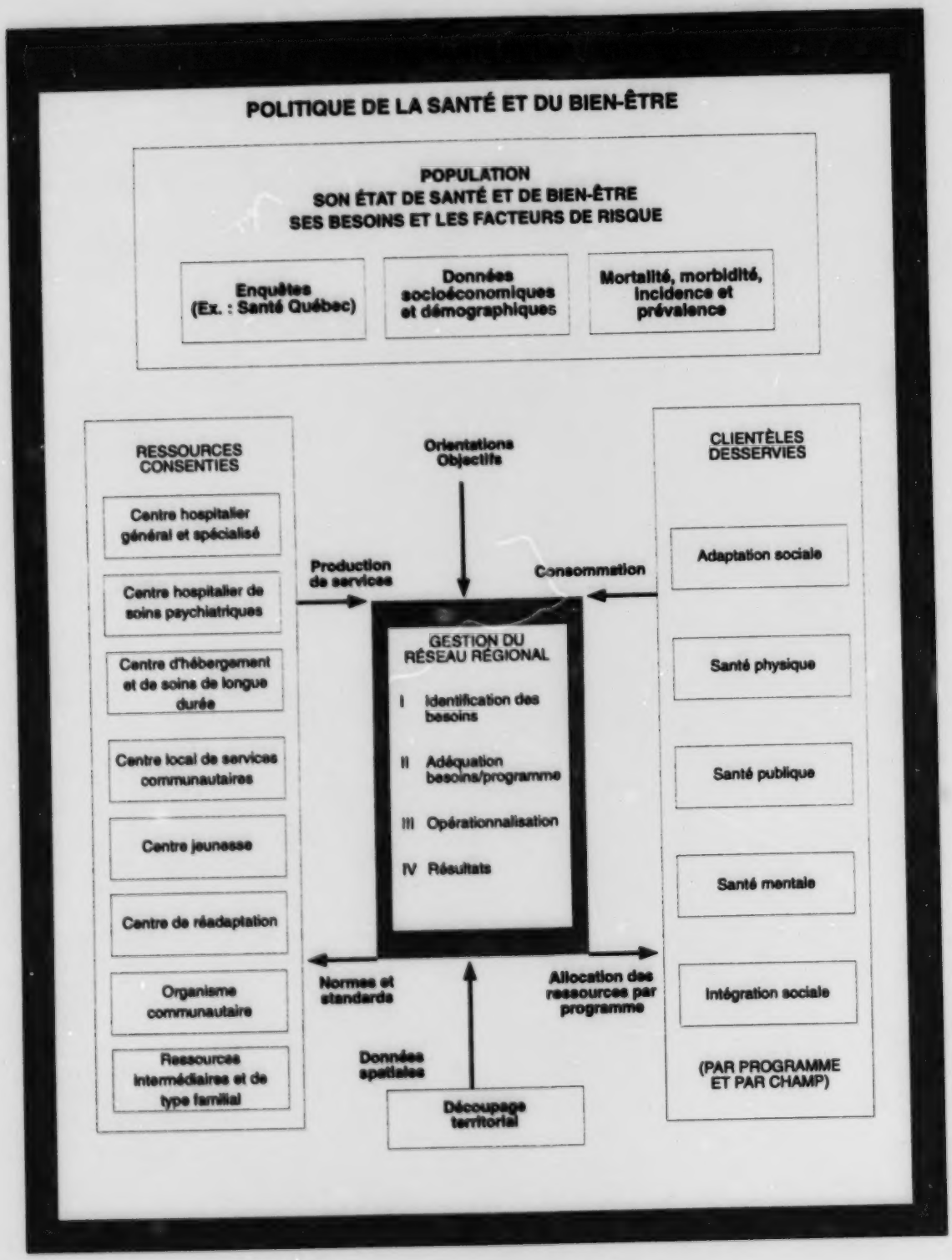
Les systèmes d'information et les banques de données utilisés aux fins de planification sont multiples. Globalement, lorsqu'on recense ce qui est disponible au Québec et dans les régions, on en dénombre près d'une centaine, selon un relevé réalisé en 1992[2].

Pour le commun des mortels, il n'est pas évident de savoir quelle banque doit être utilisée et à quelle fin. Nous avons besoin d'une carte qui va permettre de naviguer dans toutes ces banques et d'y voir clair et, surtout, de bien coller les bonnes étiquettes sur chacune.

Le modèle présenté à la page suivante simplifie grandement la provenance et le contenu des informations utilisées. En fait, il découpe les informations en grands domaines et établit un certain nombre de liens dans leur utilisation. Avant de procéder à l'explication de ce modèle, il faut comprendre que tout modèle de ce genre est réductif, en ce sens que, pour généraliser, on évacue des éléments de précision et de détail. Il peut, par ailleurs, se découper et se diviser en couches successives plus détaillées.

---

2 NGUYEN, H., A.G. SAUVAGEAU et J.P. AUBÉ (1992). « *Bilan et apport des systèmes d'information pour la gestion de programmes* », révisé le 9 octobre 1992.


POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
POPULATION
SON ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE
SES BESOINS ET LES FACTEURS DE RISQUE
Enquêtes (Ex. : Santé Québec)
Données socioéconomiques et démographiques
Mortalité, morbidité, incidence et prévalence
RESSOURCES CONSENTIES
Centre hospitalier général et spécialisé
Centre hospitalier de soins psychiatriques
Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Centre local de services communautaires
Centre jeunesse
Centre de réadaptation
Organisme communautaire
Ressources intermédiaires et de type familial
Orientations Objectifs
Production de services
Consommation
GESTION DU RÉSEAU RÉGIONAL
I Identification des besoins
II Adéquation besoins/programme
III Opérationnalisation
IV Résultats
Normes et standards
Allocation des ressources par programme
Données spatiales
Découpage territorial
CLIENTÈLES DESSERVIES
Adaptation sociale
Santé physique
Santé publique
Santé mentale
Intégration sociale
(PAR PROGRAMME ET PAR CHAMP)

2.1 L'encadrement

Le modèle s'inscrit à l'intérieur de deux grands éléments qui guident et orientent les besoins en information. En effet, les informations ne sont pas sorties d'un chapeau de magicien d'une façon aléatoire, sans lien avec la mission et la raison d'être du réseau sociosanitaire. C'est la raison pour laquelle on retrouve en tramé le cadre légal et réglementaire que constitue la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* incluant ses règlements.

De la même manière, une fois les mandats, les attributions légales et les règles de fonctionnement bien arrimés, la Politique de la santé et de du bien-être vient fixer des objectifs de résultats nationaux attendus et des stratégies d'intervention dont l'approche par champ d'activité ou programme constitue une pièce maîtresse.

Ainsi l'information découle de la mission, des mandats, du fonctionnement, des objectifs de résultats et des stratégies d'intervention. Elle découle aussi d'une longue histoire de pratiques, d'approches et de méthodes, des ressources en recherche, planification, promotion, prévention et des administrateurs du réseau sociosanitaire influencés par le monde de la recherche universitaire et par des acteurs internationaux dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

2.2 Les informations populationnelles

Sous ce titre est compris l'ensemble des informations décrivant la population, son état de santé et de bien-être, les facteurs de risque et celles permettant d'évaluer les besoins de la population, les clientèles à risque et l'évolution des problématiques de santé et de bien-être. C'est à partir de ces informations que les orientations sont établies et que les objectifs sont fixés et mesurés.

Les informations populationnelles constituent une pièce importante, en ce sens qu'elles représentent les clientèles potentielles et les besoins des populations et qu'elles dictent la majorité des actions. Sans ces informations, le réseau est aveugle. On continuerait à allouer des sommes et à produire des services sans savoir s'il y a une pertinence, s'il y a des résultats et cela de manière arbitraire.

2.3 Les informations sur les ressources consenties

Le gouvernement vote des budgets dans le réseau des services de santé et des services sociaux par missions et types de ressources définis dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.* On les trouve énumérés dans le domaine « ressources consenties ».

Il faut noter que les organismes communautaires, les ressources intermédiaires et de type familial sont inclus lorsqu'ils offrent des services et sont subventionnés par le réseau de la santé et des services sociaux.

La notion de « ressources consenties » est très large ici. Elle comprend évidemment les ressources financières, mais aussi les ressources humaines, matérielles et informationnelles. À titre d'exemple, l'effectif médical, les immobilisations et les équipements spécialisés en font partie.

Par ce domaine des « ressources consenties », on connaît nos investissements dans les services aux citoyennes et citoyens et ces informations sont habituellement circonscrites dans des prescriptions financières très fermes.

Le réseau maîtrise bien ces informations. La principale difficulté dans ce domaine est en lien avec notre volonté de réaliser l'appariement entre les informations sur les ressources consenties et les services offerts par champ d'activité ou programme. On s'active actuellement dans ce domaine à ajuster graduellement les données sur les centres d'activité financiers aux divers types de services.

Ce domaine est essentiel à la fois pour connaître les montants affectés aux services dans un territoire, la performance dans la livraison des services à la population et aussi pour rendre compte au gouvernement de l'utilisation des fonds.

2.4 Les informations sur les clientèles desservies

Dans ce domaine, le découpage utilisé est celui des « champs d'activité » ou programmes. C'est l'orientation donnée par la Politique de la santé et du bien-être.

Sous le titre « champ d'activité », on trouve des informations sur la dispensation des services en établissement. Par exemple, dans la santé physique, on retrouve Med-Écho qui rend compte des hospitalisations et des chirurgies d'un jour. Dans le même ordre d'idées, en adaptation sociale, on trouve des informations sur les services dispensés en protection de la jeunesse, pour les jeunes contrevenants et les jeunes en difficulté d'adaptation.

Les exemples sont simples, la réalité est un peu plus complexe. En effet, un même système d'information peut livrer des données sur la dispensation de services dans plusieurs champs d'activité. Pensons aux CLSC, porte d'entrée du réseau touchant à tous les programmes.

La nécessité de normaliser l'information pour s'assurer de bien comparer des pommes avec des pommes, quelle que soit la source institutionnelle de l'information, ne fait plus de doute.

Les données qui proviennent des établissements sont transmises après le fait, donc ce ne sont pas des informations en « gestion active ». C'est une « photo » prise périodiquement, qui ne touche qu'à une très faible portion de l'information utilisée par l'établissement pour sa propre gestion.

Ces informations portent habituellement sur :

- les données sociodémographiques (anonymes);
- les besoins du client;
- les services offerts;
- les ressources utilisées;
- le cheminement (durée de séjour, entrée, sortie);
- les résultats.

La majorité de ces informations ne sont pas encore disponibles, les systèmes d'information des établissements étant en développement ou en déploiement. En outre, il faut s'assurer, dans les premières années d'utilisation de l'information, que la banque soit stabilisée, c'est-à-dire valide, et qu'elle couvre bien les services touchés. L'expérience québécoise, malgré sa jeunesse, demeure inédite dans ce domaine. Le réseau en est à ses premières armes dans ce secteur excessivement important (névralgique, crucial, central) et l'apprentissage se fait avec essais et erreurs.

Historiquement, les données financières primaient. Aujourd'hui, le réseau s'est donné des approches plus pragmatiques. On ne veut pas simplement avoir de l'information de gestion sur ce qui a été dépensé; on a besoin d'informations sur les services rendus et sur l'utilisation des fonds pour livrer les services.

2.5 Les informations sur le découpage territorial

À la base du découpage territorial se trouvent des éléments tels que le code municipal, le code postal et le secteur de dénombrement du recensement. C'est à partir de ces informations que les territoires sont composés. Par exemple, la population d'une région est la somme des populations qui se trouvent dans les secteurs de dénombrement qui la composent. Il en est de même pour le territoire de CLSC et tous les autres découpages administratifs.

Enfin, au-delà des découpages administratifs, on en trouve d'autres tels les découpages aux fins d'analyse de situations particulières, de problématiques qui exigent des visions de la réalité différentes, par exemple les bassins de desserte. Évidemment, chaque grand domaine d'information présente un contexte différent face aux questions territoriales.

Les données sur la population, son état de santé et de bien-être, ses besoins et les facteurs de risque proviennent de sources très variées dont les partenaires intersectoriels. Chacun arrive avec ses données territoriales propres, qu'il faut parfois adapter. D'un point de vue sociosanitaire, c'est une situation avec laquelle on doit vivre et que l'on ne peut influencer qu'à la marge. De façon générale, on s'en accommode assez bien. La simplicité des données sur les ressources consenties tient au fait qu'elles s'appuient sur la notion d'établissement qui ont une localisation physique bien connue. À la base, c'est l'adresse de l'établissement et de ses installations ou de l'organisme communautaire qui fait foi de la référence territoriale qui leur sera associée. La seule véritable limite ici, c'est la localisation précise de certains organismes communautaires qui dispensent des services particuliers. Les services aux personnes violentées font partie de ces cas où il faut « cacher » la localisation exacte.

L'ensemble des personnes qui consomment des services dans le réseau sociosanitaire constituent les clientèles desservies. Lorsque ces services sont offerts sur une base individuelle, on enregistre habituellement le code municipal et les trois premières positions du code postal. Avec ces informations, on peut regrouper ces consommateurs de services sur les territoires autant pour la provenance que pour la destination. Lorsque ces services sont donnés à des groupes ou des populations, par exemple, les activités de prévention et de promotion s'appliquent. Il faut en effet procéder par échantillonnage et sondage pour déterminer les clientèles rejointes.

Le problème auquel le réseau fait face en regard de la Commission d'accès à l'information c'est qu'il est possible, dans certains cas, à cause des petits nombres, de pouvoir éventuellement identifier un individu. Le réseau travaille présentement à chercher des solutions face à ce problème. D'une part, on peut difficilement se passer des informations territoriales précises. D'autre part, on ne peut mettre en péril la confidentialité des renseignements personnels.

Tel que mentionné précédemment, l'arrondissement des petits nombres est une possibilité, mais il existe une panoplie d'autres pistes à évaluer. Le réseau sociosanitaire en est à ses premières armes dans ce domaine.

2.6 La gestion par programme réalisée grâce à l'exploitation conjuguée des domaines d'information

Au cœur du modèle, on trouve les composantes de gestion par programme-clientèle[3].

Cinq objectifs de suivi constituent la toile de fond de la gestion par programme-clientèle, soit : la lecture des besoins, l'adéquation entre la nature des besoins perçus et la gamme de services, la disponibilité des ressources, la qualité des services et l'adéquation entre les écarts relevés et l'allocation des ressources. Ces objectifs se traduisent par les termes suivants :

— **définition des besoins** : elle prend en considération les problématiques, la nature des besoins, les besoins de la population, l'environnement et les facteurs de risques, lesquels nous amènent à définir les objectifs du programme-clientèle;

— **adéquation entre la nature des besoins perçus et le programme** : elle permet de trouver les services, de les organiser et de choisir les ressources que l'on va mettre à contribution dans le programme;

— **opérationnalisation du programme-clientèle** : elle permet la mise en œuvre des services, de les coordonner et de les dispenser, en fonction des particularités des populations des régions, en tenant compte des ressources disponibles et des grands paramètres du programme;

— **résultats** : ils sont divisés en trois catégories : résultats en ce qui regarde la production de services, résultats quant aux objectifs du programme, résultats quant aux objectifs de la Politique de la santé et du bien-être.

3. L'instrumentation

Au cours de la dernière décennie (1985-1996), le réseau s'est doté graduellement d'instruments et de stratégies d'actions pour rehausser l'utilisation des systèmes d'information.

Certains mécanismes sont en place et fonctionnent, d'autres sont en émergence. Trois dossiers attirent l'attention, soit les projets MSSS-régies, la gestion des banques de données communes et des actifs informationnels et finalement l'autoroute de l'information. Mais, avant d'entrer plus à fond dans ces dossiers, voici un bref aperçu de la situation sur l'instrumentation des régies régionales servant, entre autres, à la planification.

3.1 L'instrumentation des régies

La transformation des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) en régies régionales a amené une remise en question de l'instrumentation. D'une part, les mandats s'avèrent assez différents et, d'autre part, le constat a été assez rapide dans le sens où les moyens étaient, sous les conseils régionaux, tout à fait rudimentaires.

Par ailleurs, il a été démontré que les CRSSS n'ont jamais été adéquatement financés dans ce secteur. Dans le contexte financier du réseau, les régies régionales se verront très peu dotées pour les prochaines années.

---

3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). Ce texte sur les composantes de gestion par programme-clientèle a été tiré et adapté à partir du *Rapport d'étape Expérience pilote, la gestion par programme-clientèle en santé mentale, Phase I.*

En 1993, afin de se donner des orientations et utiliser le mieux possible les trop rares ressources disponibles, les régies régionales se sont doté d'un plan directeur de référence (1 seul pour les 18 organisations)[4].

Voici, en synthèse, la principale orientation visant à soutenir les mandats de priorités de santé et de bien-être, de santé publique, de coordination et d'organisation de services et, finalement, d'allocation des ressources. Cette orientation consiste à doter les régions d'un infocentre régional.

L'infocentre régional

Trois cibles stratégiques sont visées :

- accroître de façon significative l'autonomie des utilisateurs dans l'exploitation des données à caractère informationnel, en se dotant d'un environnement intégré facilitant leurs travaux;

- favoriser l'unicité des banques de données-sources à caractère informationnel au sein d'une régie;

- mettre en commun et partager de l'expertise, des équipements, des logiciels et des banques de données à caractère informationnel.

Notons au départ qu'il s'agit bien d'un infocentre régional, donc au service de la régie, mais aussi au service de la région, des établissements et des partenaires.

L'enjeu ici est d'instrumenter l'ensemble des gestionnaires d'un réseau et de rehausser la compétence collective à utiliser l'information de gestion en soutien à la prise de décision et à l'action.

Le contexte de la transformation du réseau nous amène à un véritable réseau intégré de services dans lequel les exigences de la performance et des résultats nous amènent à un niveau de gestion où notre compétence est à développer.

La mise en place d'infocentres dans les régions, dans la perspective régionale, modifiera la vision de la planification régionale.

D'une approche consultative avec une démarche centralisée, elle a des chances de devenir, à moyen terme, une approche coopérative avec une forte saveur de micro-management où la maîtrise d'œuvre nécessitera d'être fortement appuyée sur des données factuelles.

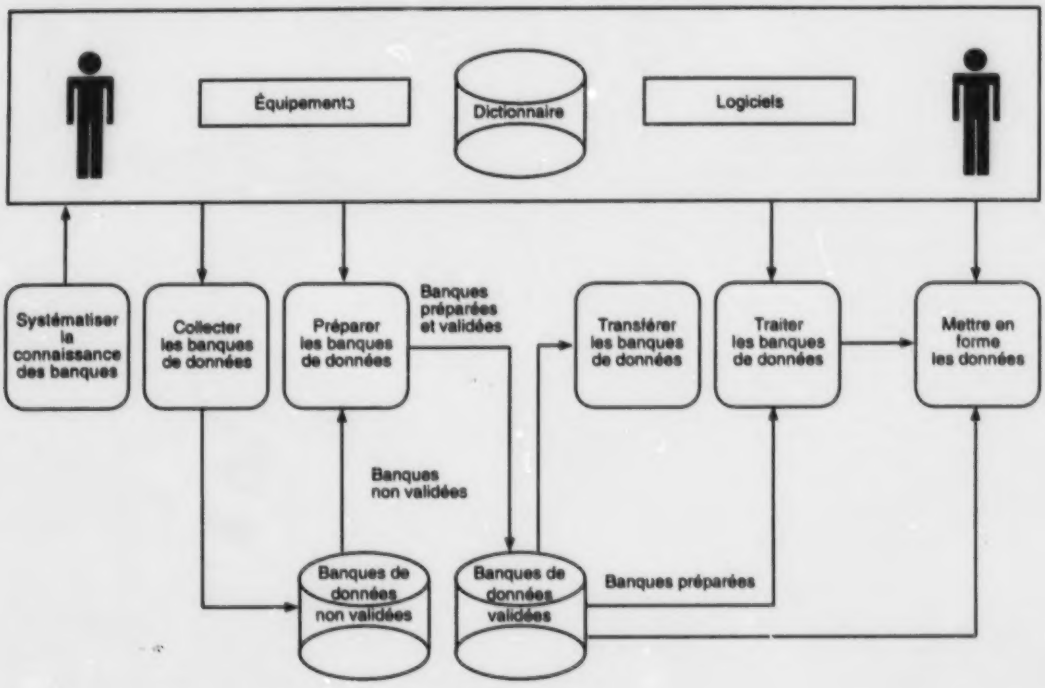
Il est important de souligner que l'infocentre est avant tout un concept, une approche de gestion de la ressource information. On ne fait donc pas référence à une nouvelle structure administrative à mettre en place au sein d'une régie régionale.

En effet, le concept implique avant tout une notion de responsabilisation. Autrement dit, une ressource peut être fonctionnellement rattachée à l'infocentre dans le cas d'une responsabilité précise (ex. : validation de la banque de données MED-ÉCHO) tout en continuant à dépendre hiérarchiquement d'une unité administrative utilisatrice dans l'organisation ou dans le réseau régional.

Le diagramme suivant illustre les principales composantes d'un infocentre régional type. Il met également en lumière les activités qui devraient être sous la responsabilité du personnel de l'infocentre.

---

4 CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1993). *« Plan directeur de référence des régies »*, Phase 3.



Les indicateurs

Il se fait des millions d'actes de toute nature en ce qui regarde la dispensation et la consommation de services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Aux fins de planification, il faut être en mesure de faire parler ces masses de données d'une manière simple et économique, mais aussi rigoureuse et démonstrative.

La commission Rochon a réalisé des travaux fort pertinents à cet égard et avance des stratégies pour une approche par indicateurs.

Aujourd'hui, la méthode de fabrication des indicateurs, leur interprétation et leur constitution en un tableau de bord de gestion appuyant la prise de décision et d'action sont en progression.

3.2 Les projets MSSS-régies

En excluant dès le départ les projets individuels dont certains étaient un peu extravagants et couverts par la presse, la majorité des projets porteurs viennent des projets de systèmes d'information sous l'égide du comité MSSS-régies portant essentiellement sur les projets clientèles. Ils sont réalisés conjointement par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les régies régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le réseau de la santé et des services sociaux a fait un bond important depuis la commission Rochon pour s'instrumenter en systèmes d'information et ainsi soutenir les opérations et la gestion, tout en se dotant de données communes permettant, entre autres, de mieux connaître l'état de santé et de bien-être de la population et les clientèles et des services que l'on dispense et, finalement, les coûts et les ressources.

3.3 La gestion des banques communes et des actifs informationnels

La gestion des banques

L'information de gestion devient capitale dans un contexte où les moyens sont de plus en plus réduits. Chaque dollar doit être bien investi; la pertinence et l'utilité de l'investissement doivent être mesurables.

Un sondage réalisé dans le cadre d'un de nos projets indiquait qu'à peine 20 % des gestionnaires utilisaient les banques de données et ce, dans un contexte établissement par établissement. Qu'en sera-t-il quand viendra le temps de mesurer la performance d'un réseau intégré de services? On en est pourtant rendu à cette étape.

Dans la section « infocentre régional », on arrivait à l'enjeu d'habiliter les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux à utiliser l'information de gestion en soutien à la prise de décision et à l'action dans le cadre d'un réseau intégré de services.

C'est vrai aux paliers local, régional, central de même qu'à l'intérieur des organisations. Nous devons viser l'accessibilité de l'information, la simplification des outils et la généralisation de la formation des ressources du réseau. La gestion des banques sociosanitaires dans ce contexte doit se dérouler d'une manière étanche et sécuritaire.

La gestion des actifs

En fait, même si les résultats des projets MSSS-régies sont intéressants, des améliorations sont apportées pour remédier à certaines lacunes dont la principale est la longueur du processus.

La principale cause, c'est que l'on ne dispose pas, comme le réseau de l'éducation depuis quinze ans, d'un instrument nous permettant de gérer en commun les actifs informationnels du réseau. La situation demeure fragmentée. Des gestes simples nécessitent des détours parfois longs et compliqués. La majorité des délais proviennent de cette absence.

Le réseau doit se doter d'un outil de gestion en commun pour assurer la pérennité de nos projets (sens large), profiter des économies d'échelle et des bénéfices concrets pour le réseau, peu importe la mission ou le champ d'intervention.

Il faut maintenir et maximiser les investissements du réseau en matière de systèmes d'information et d'informatique. Cela veut dire : regrouper nos achats, acheter des logiciels et des équipements en groupe. Un effet non négligeable d'une telle approche pour les trois à cinq prochaines années est qu'elle facilite la mobilité du personnel.

La solution envisagée pour les banques communes et les actifs partagés est de créer une entité responsable, sous la gouverne du réseau et à la demande du réseau, de gérer ensemble des actifs informationnels et des banques de données communes. Déjà, le réseau se mobilise autour de cette orientation.

Cette orientation pourrait se faire sans nouvel investissement majeur. Mais elle exige une participation collective importante, que ce soit pour faire évoluer nos applications communes ou pour se doter d'outils (à ce titre, notre histoire récente dans plusieurs petits projets indique des chances de réussite).

3.4 L'autoroute de l'information

L'inforoute constitue la prochaine vague technologique de fond pour le réseau de la santé et de services sociaux québécois. Jusqu'à maintenant, le réseau n'avait que le nom de réseau. Dans les faits, c'était un regroupement d'établissements et d'organismes cloisonnés. Les seuls échanges notables utilisant les télécommunications étaient la paie des employés.

On souhaite maintenant un véritable réseau intégré de services autant à cause du fait que les « clients » souhaitent recevoir des services en continuité et que la loi le leur garantit, mais aussi parce qu'on a compris que c'est dans ces liens que se cachent la performance d'ensemble et l'économie des moyens.

Conclusion

La planification régionale nécessite un soutien informationnel important. La disponibilité de l'information sur l'état de santé et de bien-être de la population est aujourd'hui satisfaisant.

L'information sur les clientèles desservies et les liens avec les coûts nécessitent encore trois à cinq ans de travail. Mais les leviers pour une utilisation appropriée résident :

- pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité : une inforoute entre les établissements dispensateurs et ainsi qu'entre les établissements, les régies et le Ministère;

- pour une meilleure cohérence : une gestion d'ensemble des banques au chapitre de la collecte et de la distribution;

- pour un traitement, une analyse et une interprétation efficaces et efficientes : un infocentre régional et une approche par indicateurs.

Si l'on mène à terme ces prescriptions, nous disposerons d'un réseau intégré de services avec une capacité de gestion, donc de planification régionale, capable de nous donner la performance.

Références bibliographiques

ANGEL, M. (1993). The New England Journal of Medecine, *How much will Health care reform cost*, p. 1778-1779.

COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LES SYSTÈMES D'INFORMATION (1995). *Bilan des projets*, MSSS, 21 pages.

COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION DU QUÉBEC (1992). *Exigences minimales relatives à la sécurité des dossiers informatisés des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*, CAIQ, 23 pages.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1993). *Plan directeur de référence des* régies, Phase 1.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1993). *Plan directeur de référence des* régies, Phase 2.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1993). *Plan directeur de référence des régies*, Phase 3.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *Services de santé et services sociaux*, Projet de Loi 120, chapitre 42, 458 pages.

LE RÉSEAU INFORMATIQUE (1993). *Les projets MSSS-régies des défis aussi grands que stimulants*, vol. 5, 4, p 5 - 10.

LE RÉSEAU INFORMATIQUE (1995). *La sécurité des données informatisées : le réseau devra s'y mettre (dossier)*, vol. 7, n^{o} 3, Sogique, p. 5 -11.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 192 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Conception de l'entité administrative spécialisée dans le domaine de la gestion de banques de données et d'actifs informationnels pour le réseau sociosanitaire*, 79 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *La gestion par programme*, Texte préliminaire, 32 pages.

NGUYEN, H., A.G. SAUVAGEAU et J.P. AUBÉ (1992). *Bilan et apport des systèmes d'information pour la gestion de programmes*, Conférence des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec, révision le 9 octobre 1992, 21 pages.

SOUS-COMITÉ MSSS-RÉGIES SUR LA GESTION PAR PROGRAMME ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES (1993). *Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programme et de la décentralisation des activités*, MSSS, 93 pages.

VOYER, P. (1994). *Tableaux de bord de gestion*, PUQ, 334 pages.

Chapitre 10

Démocratisation et planification participative : du paradoxe à la complexité[1]

Par Mireille Tremblay

La démocratisation de la santé et des services sociaux constitue un des enjeux majeurs de la réforme en cours. Les plans régionaux d'organisation de services (PROS) ou tout autre outil de planification régionale offrent une occasion privilégiée de négocier les enjeux et les intérêts collectifs en matière de services sociosanitaires. La planification régionale constitue un élément indissociable de la décentralisation des pouvoirs publics vers les régions.

Mais comment s'inscrit la planification participative dans le processus de démocratisation des services sociaux et de santé?

Pour répondre à cette question, nous étudierons d'abord comment s'articulent et s'énoncent les espérances et les déceptions quant à la contribution de la planification participative à la démocratisation des services sociosanitaires.

Nous analyserons ensuite, à partir d'une revue de littérature, les paradoxes inhérents à la pratique démocratique avant de proposer une définition complexe, systémique et multidimensionnelle de la participation démocratique.

Puis nous conclurons, à la lumière de cette définition, que la démocratisation du système sociosanitaire exige la politisation de ce même système.

Un enjeu majeur : démocratiser les services sociosanitaires

Santé et citoyenneté : un nouveau contrat social

Au cours du XX[e] siècle, la santé est devenue une préoccupation de plus en plus importante pour les nations d'Europe et d'Amérique du Nord qui ont assumé un rôle croissant à cet égard. Depuis les vingt dernières années, la définition de la santé s'est élargie de façon inversement proportionnelle aux capacités de l'État d'en assumer la responsabilité.

L'élargissement de notre conception de la santé a progressivement transformé ce secteur d'activité en un véritable projet social et collectif requérant l'implication de plusieurs partenaires et reposant sur la participation croissante des citoyens et citoyennes.

---

1 Cet article a été rédigé dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal, sous la direction de M. Gilles Bibeau. La thèse porte sur l'évaluation de la contribution du processus de participation au plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie à la démocratisation des services sociosanitaires.

Dès 1974, le rapport Lalonde (ministère de la Santé et du Bien-être social) invitait les Canadiens et les Canadiennes à franchir le pas entre une vision médicale de la maladie et une vision sociale de la santé. On insistait déjà sur l'importance de la collaboration multisectorielle pour améliorer la santé de la population.

Marc Lalonde encourageait « les professionnels de la santé, les établissements de santé, le monde scientifique, le système d'enseignement, les autorités municipales, les gouvernements provinciaux et fédéral, le monde des affaires et les syndicats ouvriers, les organismes bénévoles et chaque Canadien pris individuellement » (p. 67) à collaborer au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Emboîtant le pas, l'Organisation mondiale de la santé incitait ses États membres à se doter de politiques sanitaires nationales orientées vers l'amélioration de la santé des populations, élaborées avec la participation des citoyens et citoyennes en soutenant l'action communautaire et locale (OMS, 1986).

On a insisté, au Québec comme ailleurs, sur l'importance de la participation de la population à la planification et à l'organisation des services sociaux et de santé, qu'il soit question de promotion des droits, de définition des besoins et des services ou de l'évaluation des programmes (Demers, 1987, Von Schoenberg, 1985, Corin, 1987).

La réforme consécutive à la commission Castonguay-Nepveu au début des années 1970 a interpellé la population en donnant plus de pouvoir aux citoyens et aux citoyennes, aux usagers et aux usagères et en leur réservant des sièges aux conseils d'administration des établissements et des conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Au niveau local, cette réforme garantissait la participation de citoyens et de citoyennes aux conseils d'administration des centre locaux de services communautaires (CLSC). Malheureusement il s'est produit dans la plupart des cas un déplacement du pouvoir vers le personnel professionnel et permanent au détriment des personnes usagères et des citoyens et citoyennes (Godbout, 1987).

Au niveau régional, on a confié aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) la responsabilité d'informer la population et d'assurer sa participation à la planification et à la gestion des services sociaux et de santé. Bien que les CRSSS aient contribué à la création d'une nouvelle mentalité de concertation entre les distributeurs de services par la mise en place de nombreuses structures de concertation régionale, ils n'ont pas véritablement réussi à impliquer la population et à sortir d'une logique de production de services (Bélanger, 1987b).

À la fin des années 1980, les travaux de recherche réalisés pour la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (commission Rochon) ont confirmé l'échec relatif des mécanismes de participation prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée à la suite de la commission Castonguay-Nepveu. La commission Rochon a posé un diagnostic sévère sur le système de services « pris en otage par les corporations ». La naïveté des années 1960 concernant la participation, comme le déclare Godbout (1991), ne semble plus de mise.

Malgré les résultats en deçà des espérances formulées dans le cadre de la réforme Castonguay-Nepveu (Godbout, Leduc et Collin, 1987, Brassard, 1987; O'Neil, 1991; Bélanger, 1987b), la démocratisation du système sociosanitaire a inspiré les recommandations de la commission Rochon qui réaffirmait que les citoyens et les citoyennes doivent participer aux décisions présidant à la destinée des services.

> Il faut replacer la santé et le bien-être au cœur des préoccupations de notre société, si l'on entend donner à tous et à toutes des chances égales de mettre en valeur leur potentiel humain. [...] Enfin, il faut compter sur la dynamique résultant d'une large participation des personnes et des groupes afin que les choix émanent d'arbitrages transparents et démocratiques, afin aussi que la population soit proche des lieux de prise de décision. Le système doit évoluer dans la direction voulue collectivement et être maîtrisé par ceux et celles qui veulent bâtir l'avenir[2].

Une vision globale de la santé, la rationalisation des services en fonction d'objectifs de santé et des besoins de la population, la décentralisation des pouvoirs vers les régions, la concertation multisectorielle constituent autant d'enjeux fondamentaux de la réforme entreprise au début de la décennie 1990, enjeux qui sont étroitement liés à la démocratisation du système sociosanitaire.

La démocratisation du système sociosanitaire constitue donc une orientation fondamentale de la réforme prônée d'abord par la commission Rochon, reformulée ensuite par le ministre Côté et instituée finalement par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Il s'agit de resituer « *le citoyen consommateur-décideur et payeur* » au cœur du système.

Les plans régionaux d'organisation de services

En 1991, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* transformait les conseils régionaux en régies régionales de la santé et des services sociaux et leur confiait la responsabilité de réaliser des plans régionaux d'organisation de services afin de rapprocher les décisions des citoyens et des citoyennes et afin de recentrer les services sur les besoins des personnes.

Le concept de plan régional d'organisation de services est apparu au cours des années 1980. Madame Lavoie-Roux, alors ministre, en parlait avec enthousiasme lors d'un colloque des membres des conseils d'administration des conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Elle avouait fonder beaucoup d'espoir sur ces « nouveaux produits de planification » qui soutiennent la concertation, contribuent à la rationalisation des ressources et peuvent éclairer la prise de décision (Lavoie-Roux, 1987, p. 11).

Un comité conjoint du Ministère et des conseils régionaux s'est penché sur la définition des plans régionaux de services et selon ce comité, la démarche « se situe au carrefour ou à la jonction des orientations et priorités ministérielles et des besoins des communautés d'une part, et des ressources publiques disponibles et des efforts communautaires d'autre part » (p. 5).

Ce processus de planification rigoureux devait permettre de rationaliser l'organisation des services. La planification participative au niveau régional devait rapprocher le processus de prise de décision de la population. On comptait sur la démarche de réalisation des PROS pour instaurer un véritable partenariat régional.

« La démarche suppose donc une ouverture à la coopération multisectorielle dans la recherche et dans l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé » (p. 8). On devait tenir compte également «des informations sur la capacité des communautés à contribuer aux objectifs du système de santé et de services sociaux sous diverses formes » (p. 11).

---

2 Commission Rochon, Résumé du rapport, Gouvernement du Québec, p. 5.

On comptait sur la planification régionale et sur les plans d'organisation de services pour mobiliser les partenaires concernés: les citoyens et les citoyennes, les différents secteurs d'activité, les secteurs communautaires et privés. Mais il semble que les espérances fondées sur cette nouvelle pratique n'ont pas été comblées.

Des intérêts conflictuels

Malgré les espérances formulées à l'égard de la planification participative, la recherche évaluative sur la participation à la planification sociosanitaire met en lumière les difficultés inhérentes à cette pratique et témoigne tant de l'insatisfaction des participants et participantes que des déceptions des planificateurs et planificatrices.

Comme Godbout au Québec, Ellenberger (1981) aux États-Unis a constaté un glissement du pouvoir des citoyens et des citoyennes vers une logique de production de services. Nos voisins américains qui ont institutionnalisé la participation de la population à la gestion des services de santé, en 1974, par le *National Health Planning and Resources Development Act*, créaient un réseau national d'agences régionales de planification (Health Systems Agencies). Ces agences ont reçu le mandat de solliciter l'implication et la représentation des différents groupes de consommateurs et de consommatrices à la planification des services.

Le déploiement d'efforts systématiques pour encourager la participation des citoyens et des citoyennes, des consommateurs et des consommatrices semble améliorer la qualité de la participation publique. Cependant l'expérience américaine a montré que les groupes producteurs de services sont mieux organisés et plus mobilisés que les groupes de consommation pour administrer les mises en candidature et monopoliser le pouvoir (Checkoway , 1981).

Pour Ellenberger (1981), les citoyens et les citoyennes doivent véritablement avoir accès au pouvoir. Les priorités des citoyens et des citoyennes diffèrent de celles des technocrates. Les citoyens et les citoyennes se préoccupent de l'accessibilité des services, du fardeau et de l'impact des soins pour la famille, de la disponibilité de l'information dont ils ont besoin, des délais de traitement, de leur capacité de payer... La volonté des citoyens doit primer sur celle des autres groupes d'intérêt et ils doivent affirmer leur souveraineté, former des alliances et des coalitions pour promouvoir et défendre leurs intérêts et s'engager en grand nombre pour participer à la planification des services définis en fonction de leurs besoins. Ils doivent également embaucher et diriger les employés qui planifient et définir les priorités en fonction d'objectifs de résultats pour les personnes plutôt qu'en fonction du système de services (p. 59-60).

Elle déplore par ailleurs le glissement de sens de la participation publique des citoyens et des citoyennes vers une logique de production et de consommation de services. Les citoyens et les citoyennes sont transformés en consommateurs et en consommatrices. Leur légitimité est réduite de moitié dans une logique de production. Ce glissement, à notre avis, reflète bien la dichotomie entre les dimensions politiques et technocratiques de la gestion du système sociosanitaire.

> the law does refer to the consumer. The distinction is not a trivial one. Whereas « citizen » implies a directing decision-making role, « consumer » is merely a user of service, no more than one-half the buyer-seller equation. In our own political tradition, the label « consumer » carries none of the authority of the citizen. It is my contention that the citizen in health planning has been forced to suffer a role demotion to the status of consumer, and that this role demotion is a central cause of citizen disempowerment (p. 50).

Au Québec, la participation à la planification sociosanitaire a suscité également inquiétudes et insatisfactions. La démocratie participative, celle selon laquelle les citoyens et les citoyennes participent au processus de prise de décision, met en péril l'action communautaire selon plusieurs auteurs, en l'institutionnalisant (Leonard, 1985, Godbout, 1987).

Plusieurs chercheurs nous ont déjà mis en garde contre la récupération du dynamisme communautaire, la technocratisation des services et la dépolitisation des problèmes sociaux transformés en problèmes administratifs. L'action communautaire constitue un lieu privilégié de participation publique. C'est dans le réseau communautaire, en marge des structures et des institutions, que semble le plus s'exercer la capacité d'autonomie, de créativité et de négociation des politiques et des programmes publics. (Godue et Chambaud, 1981, Bibeau, 1984, Lamoureux et Lesemann, 1987, Godbout, 1987)

Renaud (1984) a sévèrement critiqué la technocratisation des politiques sociosanitaires qui s'est substituée au rêve participatif formulé par la commission Castonguay-Nepveu.

> En vingt ans le rêve d'une « société de participation » où des groupes multiples de citoyens devaient intervenir pour influencer les décisions du pouvoir se renverse en cauchemar d'une société habilement manipulée pour obtenir des groupes de citoyens un travail qui adhère aux objectifs de la technocratie (p. 115).

Malgré ce constat d'échec répété, c'est au contraire pour éviter que l'appareil technocratique contrôle à lui seul l'organisation des services sociosanitaires que le mouvement communautaire acceptait de participer à la planification régionale des services sociaux et de santé. La demande de participation et de démocratisation est maintenue. La volonté de l'État de faire appel à la participation collective correspond à une demande publique d'élargissement de l'espace démocratique et plus particulièrement aux demandes du mouvement communautaire.

Une recherche menée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), dans le cadre de la réalisation des plans d'organisation de services en santé mentale, exprime clairement les difficultés de cette pratique, énonce les conditions de l'adhésion du mouvement communautaire à la planification participative et reformule cette demande démocratique.

Dans un contexte de remise en question de l'État-providence, les ressources alternatives « doivent peser de tout leur poids (aussi poids-plume soit-il) pour influencer les rapports de force dans le sens d'une plus grande démocratisation, dans le sens d'un élargissement des espaces démocratiques au sein de la société civile ». Sinon nous assisterons à « une nouvelle emprise du mode de gestion technocratique de la société...à une mobilisation-intégration des dynamismes communautaires à la rationalité centralisatrice... l'homogénéisation... l'appauvrissement de la société globale » (RRASMQ, 1991, p. 13).

La première partie du rapport de recherche rappelle les principaux enjeux politiques, organisationnels et économiques de la participation à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services. Tout en reconnaissant l'importance de la démocratisation des services on y souligne également le danger de la récupération du dynamisme communautaire par l'État et de la technocratisation des services.

En ce qui concerne le processus de participation, le RRASMQ déplore les échéanciers trop courts, l'absence de débat de fond, le manque de « pédagogie participative » des CRSSS, les conditions difficiles d'une participation exigeante et non rémunérée et plus particulièrement l'absence d'usagers et d'usagères.

Du côté de l'analyse de contenu des plans régionaux, le RRASMQ dénonce la domination de l'approche épidémiologique, la faiblesse de l'analyse sociale des problèmes de santé mentale et le maintien du modèle institutionnel d'intervention. Les plans semblent conserver une logique de production de services et de consommation, en évacuant les implications sociales et les solidarités communautaires.

Les ressources alternatives, tout en reconnaissant la nécessité de déterminer des objectifs et de mettre sur pied des programmes pour échapper à la logique de « corporations », éprouvent de la difficulté à s'intégrer à l'approche par programme. Le rapport témoigne du « choc des cultures » entre l'approche communautaire et l'approche des « technocrates rationalisateurs ».

Le RRASMQ énonce ensuite les conditions du maintien de la collaboration des ressources communautaires à la planification régionale. Ces recommandations portent entre autres sur l'assurance « d'un financement global pour chaque ressource », le remboursement de la participation, l'amélioration de la « pédagogie de participation », l'instauration de « mécanismes permettant la participation des usagers/ères », le « renforcement du Regroupement provincial... » (p. 48). Ces conditions permettent l'élargissement de l'espace démocratique en soutenant la participation et la politisation des organismes communautaires et en reconnaissant la légitimité de la participation des usagers et des usagères.

La Conférence des conseils régionaux a de son côté évalué plus positivement la participation aux plans régionaux en santé mentale auprès des membres des comités tripartites. Seuls les membres des premier et troisième tiers[3] ont accepté de participer à cette enquête. Le portrait est moins sombre et l'expérience est jugée « stimulante et enrichissante » par la majorité des membres.

On reconnaît cependant certaines difficultés concernant la clarté de la tâche et du mandat, les échéanciers trop courts pour la complexité de la tâche et on déplore une plus faible participation des représentants et représentantes du 3e tiers.

La satisfaction quant à la qualité des débats et l'atteinte d'un consensus varie d'une région à l'autre. Dans certains cas tous les membres ont participé à la discussion et ont eu une « attitude propre à favoriser l'atteinte de consensus » (Conférences des conseils régionaux, 1991, p. 12). On déplore ailleurs que le comité tripartite « aura été une tribune pour la défense d'intérêts corporatistes. Enfin, certains sont d'avis que la contribution des groupes communautaires, quelquefois ignorée, aura fait défaut à une réflexion achevée » (p. 12).

Selon cette seconde enquête, malgré les difficultés rencontrées, les participants et participantes sont généralement satisfaits de l'expérience et souhaitent que le mandat des comités tripartites soit prolongé afin de leur permettre de participer au suivi et à l'implantation des plans régionaux d'organisation de services. Pour la Conférence des CRSSS, il faut resituer les difficultés inhérentes à la réalisation des PROS dans un processus d'apprentissage du partenariat et profiter de l'expertise acquise pour améliorer le processus de participation.

---

3 La Politique de santé mentale, en 1989, exigeait la mise sur pied de comités tripartites devant participer à la réalisation des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. Les personnes du premier tiers proviennent des établissements publics offrant des services en santé mentale, pour le second tiers d'organismes communautaires en santé mentale et pour le troisième, de secteurs d'activité dont les actions peuvent avoir une influence sur la santé mentale de la population.

Ces deux recherches sur la participation aux plans régionaux d'organisation de services en santé mentale soulignent les lacunes de la « pédagogie participative » et recommandent d'accroître ou d'améliorer la participation des usagers et usagères et des représentants et représentantes du 3e tiers (les secteurs dont les activités peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale de la population).

Les travaux de recherche cités questionnent l'autonomie dont dispose le comité tripartite pour cerner les enjeux de la négociation, mettent en doute la légitimité de la représentation des intérêts de la population et déplorent une répartition inéquitable des moyens dont disposent les différentes catégories d'intérêt pour participer collégialement au processus de décision.

Malgré tout, l'espérance démocratique survit à ces déceptions répétées. Il faut poursuivre l'expérience parce que « sans l'ombre d'un doute, nous répondons que la planification partenariale dans ce domaine recèle des potentialités d'élargir l'espace démocratique » (p. 197). C'est à cette conclusion que parvient Jocelyne Lamoureux lorsqu'elle évalue la contribution de la participation du mouvement communautaire à la planification régionale des services de santé mentale. Après avoir collaboré à la recherche menée par le RRASMQ, madame Lamoureux conclut dans un ouvrage ultérieur (*Le partenariat à l'épreuve*, 1994) qu'il y a lieu de poursuivre l'expérience participative, malgré toutes les difficultés et les risques de cette pratique.

> Il y a eu au contraire un accroissement de la potentialité des organismes communautaires et alternatifs d'ouvrir le système, de le démocratiser, en raison du regroupement de leurs forces dans l'adversité, de la politisation accrue de leurs membres et de l'expérimentation des complexités de l'action collective. Cependant, l'épuisement guette. Il y a trop peu d'espace démocratique. C'est là la priorité à notre avis du moins dans toute la problématique centrale de l'interpénétration paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires. Encore ici, l'intégration paradoxale veut dire concrètement que les visées ne sont pas les mêmes, mais qu'il est peut-être possible de s'entendre sur des objectifs précis de démocratisation et de travailler conjointement à les réaliser (Lamoureux, p. 198).

Pour évaluer les difficultés inhérentes à la démocratisation des services sociosanitaires et à la planification participative, nous allons maintenant tenter de comprendre les conditions d'exercice et les paradoxes de la participation démocratique.

Mais qu'est-ce que la démocratie?

La démocratie: un rêve en marche

La démocratie se définit d'abord par ses fondements éthiques. Elle repose sur la conviction que tous les êtres humains sont égaux et naissent avec les mêmes droits. Le peuple est souverain et assume la responsabilité de décider des droits, devoirs et libertés individuels et collectifs, c'est-à-dire de formuler le contrat social par lequel les individus égaux et libres échangent leur obéissance à la loi civile contre la protection sociale (Pateman, 1985).

Beetham donne une définition très semblable de la démocratie, caractérisée par :

> equal right to share rules and policies of the association of which one is a member, and to define the freedoms that are entailed by this principle: of thought, expression, association, assembly, and so on (1987, p. 101).

Justice, équité, liberté fondent la démocratie moderne. Si les fondements éthiques de la démocratie semblent relativement clairs, les modalités d'exercice de la démocratie sont plus difficiles à préciser. Comment le peuple peut-il et doit-il exercer la souveraineté qui est alors la sienne?

Cette question hantait les pères de la démocratie américaine, après la guerre d'Indépendance,

> confrontés aux principales énigmes posées par la démocratie: comment instaurer un gouvernement central assez fort qui puisse garantir l'unité et la sécurité, mais ni si puissant ni si centralisé qu'il empiète sur la liberté des individus? Comment policer des gouvernants qui prétendent exprimer la volonté populaire? Et comment protéger un gouvernement populaire des menaces que représente une démocratie à l'état pur? (Watson et Barber, p. 36).

Au-delà de la difficulté de passer de l'idéologie à la pratique, il est difficile de cerner les caractéristiques de la démocratie parce qu'elle « n'est pas un état, mais un processus » (Fortin, 1991, p. 244).

Pour Maheu, la démocratie est un processus historique qui revêt successivement trois formes principales, la première « est celle de la conquête de droits élémentaires », liés à la liberté d'association, d'expression, de croyance religieuse. Ensuite la démocratie s'institutionnalise en régime politique caractérisé par le mode électoral de délégation des pouvoirs des citoyens et des citoyennes à une minorité de personnes les représentant. Revêtant une troisième forme,

> la démocratie prend historiquement la forme de l'expression et de la recherche pratique, active et concrète de l'égalité, de la justice, de l'émancipation collectives. La démocratie apparaît alors comme les formes de revendication et les luttes sociales qui visent à déraciner les inégalités, les exploitations et l'oppression. Elle est indissociable des rapports sociaux par lesquels des groupes sociaux concrets, des collectivités concrètes, ce que l'on appelle de fait une société, traitent les problèmes, les enjeux essentiels, impératifs de leur devenir (Maheu, 1991, p. 123) .

La démocratie, quête de justice, d'égalité et de liberté, adopte donc successivement des formes différentes. La forme qu'elle revêt dépend de la capacité du groupe d'institutionnaliser et d'opérationnaliser les valeurs démocratiques. On pourrait en dire qu'elle est le produit de la maturation des peuples désirant s'affranchir de la domination des dieux et des rois. La démocratie résulte de la résolution historique de conflits et de paradoxes, elle est incarnation de valeurs. Elle réside et évolue dans l'univers politique où se négocie le contrat social.

État et régulation démocratique

La démocratie est étroitement liée à la notion d'État, c'est-à-dire qu'elle s'exerce d'abord dans la sphère politique des activités humaines, dans une zone constituée par le contrat collectif, délimitée par une constitution. C'est dans cette zone reconnue comme publique par l'ensemble des citoyens et citoyennes que vont émerger les politiques sociales. Ces politiques exigeront d'être régulées par l'État et le gouvernement.

Parce que la démocratie convient de la souveraineté du peuple, elle s'édifie sur la reconnaissance de l'appartenance commune des citoyens et citoyennes à la nation et circonscrit une aire de négociation qui délimite l'exercice de la souveraineté. Elle a besoin pour s'exercer de cette aire de négociation collective, de la reconnaissance d'une zone publique, de l'appartenance à une collectivité.

C'est au moment de la constitution que sont précisés les pouvoirs, devoirs et responsabilités dont dispose la collectivité démocratique sur les membres. Outre qu'elle précise les conditions d'appartenance et d'exclusion, la constitution détermine les rapports de la collectivité aux membres qui la composent en désignant la zone contractuelle, en séparant ce qui demeure privé et ce qui est reconnu comme public et qui sera gouverné.

> La démocratie a été associée à la formation des États nationaux et on peut douter qu'elle puisse, dans le monde actuel, subsister en dehors d'eux, même si chacun accepte aisément que la démocratie doive déborder le niveau national vers le bas, vers la commune ou la région, et vers le haut, vers un État fédéral, comme l'Europe qui essaie de naître, ou vers l'Organisation des Nations unies.
>
> [...] on ne peut pas concevoir de démocratie qui ne repose pas sur la définition d'une collectivité politique (polity) et donc d'un territoire (p. 45-46).

Si la démocratie repose sur l'État, elle exige également que l'État se limite lui-même. L'État démocratique a pour devoir de préserver la multiplicité, la diversité, pour ne pas devenir totalitaire. Les individus doivent être protégés d'une emprise absolue du groupe souverain. La démocratie doit préserver les libertés individuelles, et l'équilibre entre vie privée et chose publique.

> C'est quand la distance qui sépare l'État de la vie privée est reconnue et garantie par des institutions politiques et par la loi que la démocratie existe (Touraine, p. 44).

La société entendue au sens large ou dans son acception anthropologique demeure externe à la politie, comme lieu de ce qui n'est pas ordonné, mais exprimé; là où résident la culture, les valeurs, les normes. La démocratie est équilibre entre ces différentes exigences de la survie à la fois du groupe et de l'individu, entre le bien collectif et privé, entre le politique et le culturel, entre l'ordonné et le non-ordonné...

Délégation ou participation directe?

Que l'on affirme avec enthousiasme, comme Naisbitt (1984), que nous vivons une période de transition entre la démocratie de représentation et la démocratie de participation, que l'on parle des nouveaux mouvements sociaux, comme Rosanvallon (1988), Thériault (1987) et Maheu (1991), ou encore de luttes pour l'acquisition du contrôle de l'historicité, comme Touraine (1987, 1978), il est indéniable que nous assistons à l'émergence de nouveaux modes de négociation du contrat social et de production de la société.

Cette compréhension de la démocratie en marche resitue dans une perspective historique la polémique entre les « élitistes » défenseurs de la démocratie de délégation et les « participationnistes » soutenant la démocratie directe.

Sans endosser la position élitiste, caractérisée par la croyance que la plupart des citoyens et citoyennes sont inaptes et incompétents pour défendre les intérêts publics, Jacques Godbout (1991) affirme que seule la démocratie de délégation répartit équitablement le pouvoir entre tous les citoyens et citoyennes, sans privilège de classe, de sexe ou de race.

Selon Godbout (1991), la démocratie participationniste profite inégalement aux divers groupes d'intérêt qui s'accaparent le pouvoir. Trop de participation entrave la démocratie. Les résultats de ses recherches dans le secteur de la santé et des services sociaux sur la participation politique l'ont amené à conclure qu'il y a un glissement du pouvoir vers les groupes producteurs au détriment des citoyens, des citoyennes, des usagers et des usagères réduits à l'état de personnes consommatrices de services. La prise de pouvoir par le personnel permanent, professionnel, par les technocrates et les groupes

producteurs semble être le triste résultat de la planification participative dans le domaine sociosanitaire. Pour Godbout, seule la démocratie de délégation permet à tous et à toutes de choisir démocratiquement les représentants et représentantes élus, responsables de prendre les décisions publiques.

La démocratie de délégation est néanmoins en péril. Le taux de participation de la population aux élections a dramatiquement chuté au cours des dernières années dans tous les pays occidentaux. Plusieurs interprétations ont été formulées. Certains fustigent l'indifférence croissante du citoyen et de la citoyenne tournés vers le bonheur privé, négligeant alors la chose publique. D'autres constatent que le peuple est désillusionné et méprise la « mascarade politique » (Hermet, 1989).

Pendant que l'électorat faiblit, les formes alternatives de participation publique se multiplient. Les progrès de la technologie moderne en matière de communication de masse ont ébranlé la croyance selon laquelle la démocratie directe, née chez les Grecs, est impraticable pour de grands ensembles. De nouvelles pratiques démocratiques ont ouvert la porte à une participation croissante de la population à la négociation du contrat social.

Encouragés par la popularité croissante des sondages, des référendums et des consultations publiques, certains optent pour une démocratie participative faisant usage de la technologie et des mass media (Lemieux, 1988, Arterton, 1987). Les citoyens et citoyennes peuvent ainsi voter directement pour ou contre une décision les concernant, plutôt que de voter pour ou contre un représentant ou une représentante à qui ils délégueraient leur pouvoir de négocier toute décision politique. Plus récemment encore l'expansion du cyberespace a renouvelé les espoirs en une démocratie de participation directe soutenue par les progrès technologiques.

Pour Burnheim (1985), partisan d'une démocratie participative où toutes les personnes intéressées doivent participer à la défense et à la négociation de leurs intérêts, la démocratie de délégation nous a plutôt dotés d'un système oligarchique qui n'est, dans les faits, pas du tout démocratique. Le système électoral crée des divisions qui profitent inégalement aux citoyens et citoyennes.

Comme Naisbitt il croit que « ceux dont l'existence risque d'être affectée par une décision doivent faire partie intégrante du processus décisionnel » (Naisbitt, 1984, p. 229). Les personnes intéressées sont celles qui produisent, consomment ou subissent les effets d'une politique, d'un bien ou d'un service.

Burnheim souhaite l'avènement d'une société libre qui contribue à développer les aptitudes communautaires de chacun. Accéder à la démocratie, c'est éviter à tout prix la concentration du pouvoir et du capital, prôner la liberté individuelle, favoriser la multiplicité et la diversité, respecter les différences, reconnaître les appartenances multiples. Il rejette la représentation électorale, prise en otage par des intérêts particuliers, et propose d'autres modèles de délégation, basés sur une représentation statistique et la stratification en fonction de communautés d'intérêts variés. Il dénonce toute forme de découpage et de représentation territoriale ou raciale.

En fait l'idéal démocratique veut que tous les citoyens et citoyennes participent à toutes les décisions. Parce que c'est impossible, les « participationnistes » et les « délégationnistes » privilégient l'une ou l'autre condition de la participation démocratique, soit l'étendue ou l'intensité.

En effet, la participation varie en étendue et en intensité. L'étendue fait référence au nombre de personnes impliquées et l'intensité, à l'investissement traduit en heures et en coût pour les participants et participantes (Nagel, 1987). La participation démocratique ne peut à la fois être intensive et exhaustive. Tout processus démocratique repose sur diverses modalités de participation plus ou moins intensive et il est inévitable pour les citoyens et les citoyennes de déléguer au moins une part de leur pouvoir individuel parce que « tout le monde ne peut participer tout le temps à tout » (Fortin, 1991, p. 236).

Seule une participation intensive permet aux membres d'un groupe de véritablement participer au processus de décision c'est-à-dire de définir l'agenda des négociations, de négocier les conflits en présence et de débattre en profondeur des enjeux collectifs. Par ailleurs, plus la participation est intensive, plus le coût de la participation est élevé et moins les gens peuvent participer. Un nombre réduit de participants et de participantes diminue la probabilité qu'un groupe représente l'ensemble des intérêts de la population. Seule une participation exhaustive reflète véritablement les préférences de l'ensemble de la population, mais elle ne permet pas une participation intensive (Nagel,1987).

Un processus démocratique doit résoudre le paradoxe entre délégation et participation directe. On devra gérer les choix liés à la légitimité de la représentation et ceux associés à la collégialité des modalités de participation. À la base de la délégation, il y a toujours une certaine forme de découpage qui regroupe et catégorise des intérêts. Ce découpage, qu'il soit géographique, par problématique, par champ d'intérêt ou sous toute autre forme, cristallisera les enjeux des affrontements et de la négociation. Par ailleurs, les formes que peut prendre la participation démocratique sont multiples et varient en intensité: action communautaire ou politique, planification participative, consultation publique, référendum ou encore participation électorale.

L'évaluation du processus démocratique exige donc de considérer à la fois les dimensions de structuration des intérêts et les dimensions associées aux modalités de participation.

Décentralisation, diffusion du pouvoir et culture

La participation croissante des citoyens et des citoyennes exige la décentralisation des pouvoirs vers les niveaux régional et local où le dialogue et la négociation deviennent possibles. Le thème de la décentralisation popularisé durant la dernière décennie, souvent associé à la crise de l'État-providence, est lié au désir de rapprocher les décisions des citoyens et des citoyennes.

Dans une perspective démocratique, Fournier et Questiaux (1981) font appel à la solidarité, à la justice sociale et au dépassement par les politiques sociales, des rapports marchands. « La diffusion du pouvoir est nécessité » (p. 133). Il faudra donc :

> Décentraliser au maximum les décisions, mais en sachant que certaines d'entre elles seront, quoiqu'il arrive, centralisées. Sortir la démocratie de son champ exclusivement politique pour en créer les conditions dans d'autres lieux: travail, vie quotidienne, consommation sur le marché ou usage des services (p.104).

L'exercice du pouvoir par tous les membres d'une collectivité qui permet de « vivre dans le plus grand nombre de temps et d'espaces possibles, de remplacer le monologue de la raison, de l'histoire ou de la nation par le dialogue des individus et des cultures. » (Touraine, 1994, p. 263) constitue l'ultime pratique démocratique .

Touraine avoue qu'il a toujours mal supporté « le centralisme démocratique, qu'il soit bureaucratique ou révolutionnaire, sur l'action autonome des acteurs sociaux et culturel. » Il nous dit encore que « La démocratie est la subordination de l'organisation sociale, et du pouvoir politique en particulier, à un objectif qui n'est pas social mais moral: la libération de chacun. »(p.262)

> Toute pensée démocratique cherche à donner l'avantage au bas sur le haut, à la majorité du peuple sur les élites dominantes.[...] Ce qui conduit à définir la démocratie comme une culture, plus encore que comme un ensemble d'institutions et de procédures (p. 264).

Bien que la démocratie ait besoin de la régulation de l'État, on ne peut l'enfermer dans un ensemble d'institutions, de règles et de pratiques. La démocratie s'élabore, dans de multiples lieux. Elle réside dans le monde des idées, de la culture et des valeurs avant de s'incarner dans nos pratiques technocratiques et politiques.

La démocratie repose sur la culture et contribue à diffuser le pouvoir. Le pouvoir est diffusé lorsque de plus en plus de personnes désirent s'impliquer davantage, exercer plus de pouvoir dans des lieux de plus en plus diversifiés. L'action démocratique agit sur la culture, renforce la « culture démocratique », en faisant la promotion des valeurs de liberté, de justice et d'équité sociale qui fondent la démocratie.

Jean-François Léonard associe la difficulté de définir la démocratie à ses liens inextricables avec la culture. Elle s'y insère et comme elle, évolue avec le temps et dans l'espace.

> Les régimes ou les mouvements sont démocratiques quand le peuple détermine ses règles et, ce faisant, se constitue comme une communauté de citoyens actifs. La démocratie est alors un régime d'action à l'intérieur duquel le peuple constitue sa propre communauté, ses institutions, son encadrement social. C'est en même temps un engagement culturel, une sociologie de l'égalité et de la réciprocité et une politique de la participation et de la créativité (Définition de Burton et Murphy, citée dans Leonard, 1985, p 59).

Cette définition rappelle celle de Louis Maheu présentée plus haut, en ajoutant la dimension culturelle de l'action démocratique à la perspective historique et politique. La démocratie s'incarne dans les appareils politiques et institutionnels mais elle émerge de la culture, se construit dans la société. Elle est d'abord fondée sur des valeurs et sur une espérance collective. C'est pourquoi, peut-être, le rêve démocratique, la demande d'élargissement de l'espace collégial survit aux déboires de l'expérimentation.

Du paradoxe à la complexité

Si on peut considérer la démocratie comme l'évolution historique de la résolution d'une série de conflits et de paradoxes, on peut aussi l'envisager comme la résultante de l'interaction entre plusieurs principes. Edgar Morin (1993) soutient cette thèse du nécessaire équilibre entre les principes qui sous-tendent la démocratie. Gérer la démocratie c'est résoudre, par la pensée complexe, une série d'oppositions, parce que l'idéal trinitaire, démocratique, repose sur des principes contradictoires.

> Ainsi, la démocratie, qui exige à la fois consensus et conflictualité, est bien plus encore que l'exercice de la souveraineté du peuple. C'est un système complexe d'organisation et de civilisation politiques qui nourrit (en s'en nourrissant) l'autonomie d'esprit des individus, leur diversité d'opinion et d'expression, et l'idéal trinitaire Liberté, Égalité, Fraternité (p. 133).

Pour Touraine comme pour Morin, la démocratie exige l'interaction et l'équilibre entre trois principes constitutifs de la pensée démocratique.

> Ces trois dimensions de la démocratie: respect des droits fondamentaux, citoyenneté et représentativité des dirigeants se complètent; c'est leur interdépendance qui constitue la démocratie.
>
> Celle-ci exige en premier lieu la représentativité des gouvernants, c'est-à-dire l'existence d'acteurs sociaux dont les agents politiques soient les instruments, les représentants [...].
>
> La deuxième caractéristique d'une société démocratique, telle qu'elle est impliquée dans sa définition, est que les électeurs sont et se considèrent comme des citoyens [...].
>
> Enfin le libre choix peut-il exister si le pouvoir des gouvernants n'est pas limité? La reconnaissance de droits fondamentaux qui limitent le pouvoir de l'État mais aussi celui des Églises, des familles ou des entreprises est indispensable à l'existence de la démocratie (Touraine, p. 44, 45, 46).

La démocratie exige la coexistence et l'équilibre entre un ensemble de principes et de forces contradictoires. La domination d'une seule d'entre elles peut provoquer la dégénérescence d'un système démocratique en système oligarchique, oppressif ou en dictature.

Il est donc difficile de définir la démocratie, non seulement parce qu'elle est issue de l'évolution historique de rapports de forces, non seulement parce qu'elle doit préserver tout à la fois l'ordre public, le bien collectif et les libertés individuelles, non seulement parce qu'elle oppose la représentation et la participation, non seulement parce que de manière multiforme et diffuse elle habite la culture, mais parce qu'elle renvoie à une pratique sociale multidimensionnelle et complexe.

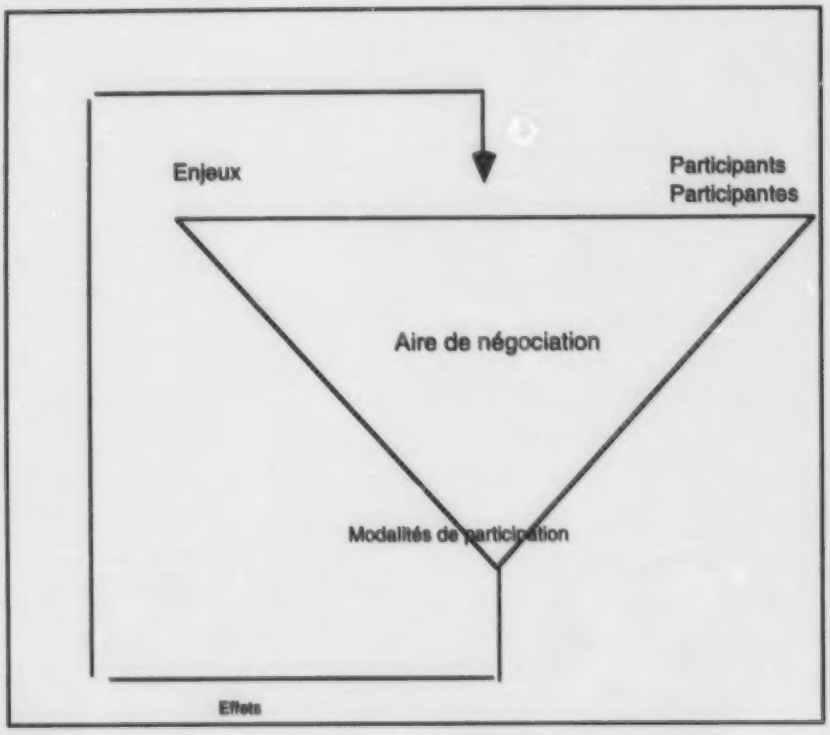
C'est pourquoi toute définition de la pratique démocratique doit refléter ces tensions, cet équilibre toujours renégocié entre plusieurs dimensions.

Définition systémique du processus de participation démocratique

Pour étudier la participation, O'Neil (1991) reprenait une recommandation faite par Vuori en 1986 dans le cadre de travaux de l'OMS et suggérait «d'excellentes pistes pour dégager une problématique de la participation, à savoir: qui participe à quoi, comment et pourquoi?».

En s'inspirant de cette question, afin de refléter la complexité de l'exercice démocratique, nous proposons une définition systémique de la participation, fondée sur un modèle à quatre dimensions, soit les enjeux du processus de participation, la structuration du processus, les modalités de participation et finalement les effets du processus de participation (voir figure 1).

Figure 1 Processus de participation



À ces quatre dimensions du processus de participation on peut associer quatre conditions de la participation démocratique, pour obtenir la définition suivante:

Un processus démocratique est un exercice **souverain** qui permet aux personnes **légitimes** de négocier **collégialement** le contrat collectif de leur groupe d'appartenance. Les résultats de la participation doivent contribuer à préserver ou accroître la démocratie, c'est-à-dire à **diffuser le pouvoir.**

Le contrat collectif précise notamment les critères d'appartenance au groupe, les responsabilités et les devoirs des uns envers les autres, l'équilibre entre les droits individuels et les avantages collectifs, les structures et les modalités de mise en œuvre du contrat.

La **première** condition précise d'abord que le groupe est souverain. Les membres sont libres de s'associer. Ils disposent des pouvoirs nécessaires pour s'autodéterminer, définir leur identité, se structurer, s'associer, se doter de règlements, d'objectifs. Nous référons à cette condition par le terme de **souveraineté**. Cette première condition constitutionnelle, est préalable à tout exercice démocratique.

En second lieu, les participants et participantes à la négociation du contrat collectif sont **légitimes**. Ils représentent et défendent tous les intérêts de leur groupe. Leur pouvoir est reconnu par tous ceux et celles qu'ils représentent et auxquels ils doivent rendre des comptes.

Troisièmement, tous les membres du groupe et les personnes les représentant disposent d'un pouvoir égal de négocier le contrat du groupe. La démocratie se fonde sur la reconnaissance de l'égalité des droits, devoirs et responsabilités de tous les individus faisant partie du groupe et sur la capacité de tous de définir le contrat collectif. Le pouvoir doit être réparti équitablement entre tous les citoyens et citoyennes et ce pouvoir doit être exercé collégialement. Nous référons à cette condition par le terme de **collégialité**.

Finalement, pour évaluer un processus démocratique, on devra en mesurer les effets: les résultats du processus de négociation doivent contribuer à préserver ou accroître la démocratie. Cette condition réfère à la notion de démocratisation ou de **diffusion du pouvoir.** Le processus démocratique se déroule dans le temps et dans l'espace. La diffusion du pouvoir contribue à maintenir ou accroître la souveraineté, la légitimité et la collégialité de la pratique démocratique. C'est dans le temps que vont se négocier les pouvoirs, les structures et les modalités d'exercice de la participation démocratique. Les décisions prises ont un effet sur les dimensions de la participation démocratique, ces effets suscitent des ajustements constants.

Les quatre conditions dont nous avons parlé précédemment correspondent également à des phases successives du processus démocratique. Le processus de participation démocratique peut être décomposé historiquement en quatre phases: constitution, institution, délibération et résultats. Chacune de ces phases correspond à une des conditions du processus de participation démocratique, soit la souveraineté, la légitimité, la collégialité et la diffusion du pouvoir. Chacune des étapes du processus démocratique mettra en présence des catégories d'acteurs, exerçant des pouvoirs précis selon des modalités déterminées.

La première phase, constitutionnelle, précise les critères d'appartenance au groupe, son identité, ainsi que les enjeux qui font l'objet du contrat collectif, c'est-à-dire qui sont considérés comme publics. Cette première phase dans un processus démocratique requiert que le groupe soit souverain, les membres n'acceptent aucune autre autorité sur le groupe et sur l'aire de négociation collective. Au cours de la seconde phase, institutionnelle, afin d'exercer les devoirs et responsabilités prévus au contrat, et afin de poursuivre la négociation de ce même contrat, une politie démocratique doit se doter d'institutions qui sont reconnues comme légitimes et désigner les personnes qui représenteront les intérêts de la population au cours du processus de négociation. La troisième phase du processus de participation démocratique consiste à prendre les décisions afférentes au contrat collectif et à négocier collégialement les enjeux en présence. Finalement, en ce qui concerne les résultats du processus de négociation, toute convention et tout amendement au contrat doivent avoir un effet positif sur l'exercice démocratique et la diffusion du pouvoir.

Démocratisation et politisation du système sociosanitaire

Tous les paradoxes qui hantent la démocratie limitent la démocratisation des services sociaux et de santé. La participation démocratique à la planification régionale des services sociosanitaires reflète davantage les intentions que la maîtrise de la régulation démocratique et de la « pédagogie participative ». La planification participative engendre des insatisfactions importantes de la part des différentes catégories d'action impliquées, comme nous l'avons déjà souligné, et la définition présentée plus haut permet d'affirmer que les conditions nécessaires à la participation démocratique ne sont pas encore réunies dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Les systèmes régionaux d'organisation de services ne sont pas souverains puisqu'ils détiennent leur mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux; la catégorisation et la représentation des intérêts repose sur une logique de production et de consommation de services plutôt que sur la participation réelle des citoyens et des citoyennes; quant à la collégialité, les processus de négociation ne permettent pas à tous les groupes d'intérêt d'exercer les mêmes pouvoirs: les atouts sont différents, les coûts de la participation n'ont pas le même effet pour chacun, la pédagogie participative laisse à désirer...

Les système régionaux de services ne peuvent pas être considérés comme souverains, c'est-à-dire comme des polities au sens où l'entend Lemieux (1989), parce qu'il sont constitués par un système externe, le Ministère, dont ils dépendent et qui conserve une autorité sur eux. Cette dépendance limite la capacité des régions de négocier démocratiquement leur contrat collectif en matière de services sociaux et de santé. Elles devront rendre des comptes à l'autorité dont elles relèvent plutôt qu'aux citoyens et aux citoyennes. Il s'agit donc d'une non-politie, c'est-à-dire d'un système politique non autonome.

> Les non-polities sont des systèmes politiques qui ont pour caractéristique la dépendance dans l'environnement externe. Ces systèmes politiques font partie de systèmes politiques plus vastes (Lemieux, 1989, p. 93).

Les régions sont inscrites dans une relation hiérarchique de dépendance, l'identité régionale, sa constitution est définie par le Ministère. C'est en vertu d'un mandat confié par le législateur et reformulé par les politiques ministérielles que les régies planifient les services sociosanitaires. Bien qu'à la demande du Ministère la participation de la population soit encouragée, la population régionale n'est pas souveraine, elle ne contrôle pas l'aire de négociation, ni son identité, ni sa finalité, ni les enjeux en présence.

De cette constatation, nous pouvons dégager une première condition de la démocratisation de la planification régionale des services sociosanitaires: il faut accroître l'autonomie des régions. Plus une région est autonome et plus les pouvoirs sont décentralisés vers cette région, plus elle peut exercer démocratiquement les pouvoirs dont elle dispose en rendant des comptes à la population de son territoire plutôt qu'à une autorité centrale. C'est en cela que la décentralisation est une condition de la participation démocratique. Le processus de décentralisation accroît le pouvoir disponible pour l'exercice démocratique régional et local.

La décentralisation rapproche les lieux de décision des citoyennes et des citoyens et facilite leur participation. Dans la mesure où l'on associe la démocratie à la possibilité pour chaque citoyen et citoyenne de participer à toutes les décisions qui le concernent, ce qui correspond à une participation, intense, fréquente et exhaustive, une gestion locale des politiques sociales permet physiquement à de plus nombreux citoyens et citoyennes de participer aux négociations. Cela implique une multiplication des sites de négociation. C'est l'une des conditions de la démocratisation des services sociosanitaires.

En ce qui concerne la phase institutionnelle du processus de participation, en vertu des pouvoirs institutifs qui leur ont été conférés, et dans les limites de ces pouvoirs, les régies régionales procèdent à la structuration de la démarche de planification. Cette étape permet de reconnaître les catégories d'intérêt et les modalités de reddition de comptes entre les populations représentées et leurs représentants. Pour démocratiser le processus de participation régionale les régies doivent relever tous les intérêts en présence et accroître la participation de représentants et représentantes légitimes des citoyens et des citoyennes.

Du côté des modalités de participation, on a déjà mentionné les lacunes de la pédagogie participative et l'iniquité des moyens et des atouts dont disposent les différentes catégories d'intérêt. Pour démocratiser le processus de planification participative il faudra soutenir les participants et participantes, leur permettre d'élucider les enjeux en présence et de négocier collégialement les divers intérêts et conflits. Respecter la diversité, encourager l'élaboration et si possible la résolution des conflits, sans assujettir les minorités, en élargissant l'espace démocratique: voilà autant de défis à relever.

C'est peut-être, finalement, du côté de la culture que les gains sont les plus importants. La demande démocratique est exprimée par l'appareil politique, par le mouvement communautaire et par la société en général. Malgré les difficultés inhérentes à la planification participative, la population demande d'être davantage informée, consultée et de participer activement au processus de décision. On observe une mobilisation de l'ensemble des catégories d'intérêt et de la population en général dans le cadre de la planification régionale.

La participation à la planification régionale des services sociosanitaires constitue une nouvelle manière de gérer les politiques sociales. C'est un lieu et un moment privilégiés permettant la négociation des enjeux inhérents aux différents programmes sociaux et de santé. La planification régionale rend explicite cette partie du contrat social et la participation au processus de planification en accroît la légitimité.

La démocratisation des services sociaux et de santé constitue en soi un projet de société, qui devient consciente de sa capacité de « se produire » elle-même. Elle introduit au cœur de préoccupations rationnelles et expertes la reconnaissance du rôle des acteurs et des actrices et de la légitimité de leurs intérêts. Pour garantir la légitimité des décisions, la planification régionale doit se soucier de la représentation des personnes et de leurs intérêts et rechercher les univers de construction sémantiques et culturels, les modes de régulation et les pratiques qui peuvent contribuer à élargir l'espace démocratique.

La démocratisation de la planification des services sociaux et de santé implique la politisation du système décisionnel en invoquant la primauté du pouvoir légitime du citoyen et de la citoyenne sur la rationalité des experts et des technocrates. Elle inscrit au cœur de la pratique technocratique la légitimité des intérêts subjectifs, exige la reconnaissance et la constitution de catégories légitimes de représentation, d'intérêts et de pratiques, encourage la diversité, soutient l'engagement, la mobilisation et l'implication des citoyens et des citoyennes.

La démocratisation des services sociaux et de santé repose sur un processus de politisation du système sociosanitaire, sur la participation des citoyens et des citoyennes, la multiplication et la diversification des intérêts représentés, l'accroissement de la légitimité et la réappropriation du projet collectif. Afin de garantir l'exercice réel du pouvoir légitime des citoyens et des citoyennes la planification régionale exige également la disponibilité effective des pouvoirs dans chacune des régions. Il appartient aux citoyens et aux citoyennes non seulement de négocier leurs besoins et les modalités de réponse à ces besoins, mais également de décider de la quantité d'État nécessaire à l'accroissement de la justice et à la régulation du processus démocratique tout en respectant les libertés individuelles et l'espace culturel, en marge de l'ordonné. C'est aux citoyens et aux citoyennes qu'appartient la responsabilité du projet démocratique, des politiques sociales et des orientations et pratiques sociosanitaires.

Références bibliographiques

ARTERTON, F. Christopher (1987). *Teledemocracy, can technology protect democracy?*, Newbury Park: Sage.

BEETHAM, David (1987). *Bureaucracy*, Minneapolis: University of Minnesota.

BELANGER, Jean-Pierre (1987a). *Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être: dossier thématique présenté à la Commission d'enquête sur les services sociaux et de santé*, Gouvernement du Québec

BELANGER, Jean-Pierre (1987 b). *La concertation dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec: dossier thématique*, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

BIBEAU, Gilles (1984). Le facteur humain en politique: application au domaine de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, vol. XI, #1, 19-41.

BRASSARD, Lise (1987). *La participation: dossier thématique*. Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

BURNHEIN, John (1985). *Is democracy possible? The alternative to electoral politics*, Los Angeles: University of California.

CHECKOWAY, Barry (1981). Innovative Citizen Participation in Health Planning Agencies, in CHECKOWAY, Barry, (1981) *Citizens and Health Care: Participation for social change*, Toronto: Pergamon. pp.118-138

COMITÉ CONJOINT-MSSS-CRSSS SUR LES PLANS RÉGIONAUX DE SERVICES (1987). *Plans régionaux de services: principtes et orientations.*

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1987). *Résumé du rapport*, Gouvernement du Québec.

CONFÉRENCE DES CRSSS DU QUÉBEC (août 1991). *L'expérience du comité tripartite en santé mentale: rapport de la consutation*, inédit

CORIN, Ellen (1987). *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*; synthèse dirigée et critique présentée à la Commission Rochon, Gouvernement du Québec.

CORIN, Ellen; Gilles BIBEAU, Jean-Claude MARTIN et Robert LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

DEMERS, Louis (1987). *L'évaluation*, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

ELLENBERGER, Dorothy, Participation is not enough, in CHECKOWAY, Barry (1981). *Citizens and Health Care: Participation for social change*, Toronto: Pergamon, pp 49-61

FORTIN, Andrée (1991). La participation: des comités de citoyens au mouvement communautaire, dans GODBOUT, Jacques, T. (1991). *La participation politique: leçons des dernières décennies*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

FOURNIER, Jacques et Nicole QUESTIAUX (2e éd. 1981). *Le pouvoir du social*, Paris: Presses Universitaires de France.

GODBOUT, Jacques, Mureille LEDUCet Jean-Pierre COLLIN (1987). *La face cachée du système: rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec

GODBOUT, Jacques (1987). *La démocratie des usagers*, Montréal: Boréal express

GODBOUT, Jacques, T. (1991). *La participation politique: leçons des dernières décennies*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

GODUE, Charles et Laurent CHAMBAUD (1981). *Les risques d'une politique de santé*. Revue canadienne de politique sociale, # 18, pp. 112-121

HERMET, Guy (1989), *Le peuple contre la démocratie*, Paris: Fayard,

LALONDE, Marc (1978). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa: Gouvernement du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

LAMOUREUX, Jocelyne (1994). *Le partenariat à l'épreuve* Editions Saint-Martin.

LAMOUREUX, Jocelyne et Frédéric LESEMANN (1987). *Les filières d'action sociale: rapport de recherche présenté à la Commission d'enquête sur les services sociaux et de santé*, Québec: Gouvernement du Québec.

LAVOIE-ROUX, Thérèse (1987). *De la contribution des citoyens à l'administration régionale du réseau de la santé et des services sociaux*, allocution au colloque des membres des Conseils d'administration des Conseils de la santé et des services sociaux du Québec.

LEMIEUX, Vincent (1989). *La structuration du pouvoir dans les systèmes politiques*, Presses de l'Université Laval

LEMIEUX, Vincent (1988). *Les sondages et la démocratie*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

LEONARD, Jean-François (1985). *L'évolution du sens démocratique dans l'administration publique québécoise: Une étude des rapports de l'Etat aux organisations populaires, à travers l'analyse de politiques publiques québécoises (1969-1980)*, thèse de doctorat d'Etat en Science politique, Grenoble: Institut d'études politiques de Grenoble.

LESEMANN, Frédéric et Jocelyne LAMOUREUX (1987). *Le rôle et le devenir de l'Etat-Providence, remis à la Commission d'enquête sur la Santé et les services sociaux*, Québec: Gouvernement du Québec.

MAHEU, Louis (1991). Nouveaux mouvements sociaux, mouvement syndical et démocratie, *Les pratiques sociales au Québec*, vol 4, # 1, pp.121-132

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989a). *Orientations en matière de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec.

MORIN, Edgar et Brigitte KERN (1993). *Terre-Patrie* Paris: Seuil

NAGEL, Jack (1987). *Participation*, Toronto: Prentice Hall, 195p

NAISBITT, John (1984, version originale, angl. Megatrends, New York: Warner Brothers, 1982). *Les dix commandements de l'avenir*, Paris:Paris, Montréal: Primeur

O'NEIL, Michel (1991). La participation dans le secteur des affaires sociales: le Québec face aux récentes suggestions de l'Organisation mondiale de la santé, IN GODBOUT, Jacques, T. (1991). *La participation politique: leçons des dernières décennies*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). *Une politique publique saine*, présenté à la conférence internationale organisée pour la promotion de la santé organisée par l'Association canadienne de santé publique, Ottawa, 18 juin

PATEMAN, Carole (1985, 2nd éd.; 1st: Wiley: 1979). *The problem of political obligation: A critique of Liberal theory*, Los Angeles: University of California Press.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1991). *Le choc des cultures: La participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale*, document de travail préliminaire déposé à l'assemblée générale du RRASMQ, juin 1991.

RENAUD, Gilbert (1984). *À l'ombre du rationalisme*, Montréal: St-Martin.

ROSANVALLON, Pierre (1988). *La question syndicale*, Paris: Calmann-Lévy

THERIAULT, Jean-Yves (1987). Mouvements sociaux et nouvelle culture, *Politique*, no 12, 5-36

TOURAINE, Alain (1994). *Qu'est-ce que la démocratie*, La Flèche: Fayard.

TOURAINE, Alain (1987. *Two interpretations of contemporary change*, inédit

TOURAINE, Alain (1978). *La voix et le regard*, Paris: Seuil

TREMBLAY, H. (1987). *Les ressources communautaires: problématiques et enjeux*, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation

VON SCHOENBERG, Brigitte (1985). *Les points de vue des clients et des citoyens: leur place dans l'évaluation des programmes*, Québec: MAS, Service de l'évaluation des programmes de services sociaux

WATSON, Patrick et Benjamin BARBER (1988). *La lutte pour la démocratie*, Montréal: Québec/Amérique

Chapitre 11

Planification régionale et action intersectorielle

Par Jean-Paul Fortin, Paul-A. Lamarche, Gisèle Groleau, Josée Morisset, Vincent Lemieux et Michel O'Neil

La planification régionale est un processus visant à actualiser les orientations ministérielles et à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population concernée. Elle s'appuie sur une démarche qui mise sur la mobilisation d'acteurs, venant de divers secteurs d'activité, dont les actions peuvent contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cette section de l'ouvrage dégage des conditions de réussite d'un tel partenariat, sur la base de travaux sur l'action intersectorielle en santé. Une brève description du concept d'action intersectorielle est présentée, pour décrire ensuite les principaux résultats de ces travaux réalisés à partir de trois expériences québécoises. Une discussion sur les conditions à favoriser pour répondre aux exigences de la planification régionale complète cette présentation.

1. L'action intersectorielle en santé

L'action intersectorielle peut être définie comme un processus par lequel des personnes ou des organisations de divers secteurs dont les actions ont un impact sur la santé, établissent, sur une base volontaire, des relations d'échange équitables, pour réaliser des buts ou projets communs qu'ils n'auraient pu réussir seules. (Fortin *et al.*, 1994). Elle est, dans le discours international sur la promotion de la santé, une composante essentielle pour réaliser l'objectif de la « Santé pour tous en l'an 2000 » (Organisation mondiale de la santé, 1977).

À l'instar d'autres pays (Kickbusch, 1989; Sundsvall, 1991), on reconnaît au Québec que la santé de la population est liée au fonctionnement de l'ensemble de la société, de la même manière que le développement économique est lié à l'environnement (Bruntland, 1988). Le gouvernement québécois préconise en outre l'action intersectorielle, notamment pour résoudre des problèmes de santé et de bien-être de la population. Dans le « Projet de politique de santé mentale pour le Québec » (rapport Harnois, 1987 : 50), le développement du partenariat misant sur l'action intersectorielle est mentionné comme une des orientations pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs visés par la politique. La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1988) soulève plusieurs problèmes de santé et de bien-être, dont la résolution nécessite une collaboration intersectorielle (alcoolisme, suicide, violence, santé au travail, maladies professionnelles). Compte tenu des multiples déterminants pouvant être associés à l'apparition des problèmes de santé et de bien-être, les professionnels de la santé doivent travailler avec des intervenants d'autres secteurs d'activité, comme l'éducation, l'économie, le transport, l'industrie, etc. De même, dans les documents qui balisent la réforme québécoise du système de services de santé et de services sociaux, l'intérêt pour entreprendre des actions sur une base intersectorielle est manifeste. Un article de la récente *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991 : art. 2 : 2) propose de « favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ». La Politique de la santé et du bien-être (1992) situe la santé et le bien-être de la population québécoise au cœur du développement social et économique de la province. Elle souligne que le système de services n'est plus le seul responsable de la santé et du bien-être de la population et met en évidence « les liens multiples que les facteurs socioéconomiques et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé et du bien-être et l'influence qu'ils exercent selon les situations » (MSSS, 1992 : 25). Cette vision de l'intersectorialité se trouve présente dans les stratégies proposées pour atteindre les objectifs de santé et de bien-être formulés dans la politique.

Cependant, des difficultés sont soulevées dans la documentation en ce qui concerne l'application d'une action intersectorielle, qui semblent encore plus évidentes dans le secteur de la santé. Ainsi, les professionnels de la santé ont l'impression qu'au nom de la valeur santé, ils sauront facilement se rallier les gens d'autres secteurs, dont les interventions ont un effet sur la santé. La réalité est pourtant différente, car souvent des gens d'autres secteurs ne voient pas la légitimité de l'action des professionnels de la santé dans leur secteur d'intervention, si bien que les expériences d'intervenants en promotion de la santé ou en santé communautaire, qui ont tenté de travailler sur une base intersectorielle, ont été plus souvent des échecs que des succès (Veilleux, 1990; Springett, 1989). Dans le cadre de projets comme ceux menés à l'intérieur du mouvement québécois de « Villes et villages en santé », on a parfois remplacé le concept « santé » par ceux de « qualité de vie » ou de « vie de qualité », afin, justement, d'apaiser les craintes des acteurs venant de divers secteurs (Fortin *et al.*, 1991), d'autant plus que les municipalités, au Québec, n'ont pas de compétences en matière de santé.

Même s'il existe un certain consensus autour de la pertinence d'une action intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population, et la manière de définir ce concept, les mécanismes et les conditions favorables à sa réalisation ne sont à peu près jamais définis. À cet égard, les résultats de travaux sur l'action intersectorielle en santé peuvent être utiles, puisqu'ils dégagent les conditions qui ont favorisé la réalisation de projets, impliquant la participation d'acteurs venant de divers secteurs.

2. Trois expériences québécoises

Dans les travaux sur l'action intersectorielle en santé (Fortin *et al.*, 1994), trois expériences québécoises ont été étudiées en adoptant, comme cadre d'analyse, la théorie des coalitions. Une de ces expériences s'inscrit dans le mouvement « Villes et villages en santé », alors que les deux autres se situent au niveau provincial : la Politique alimentaire en milieu scolaire et la Prévention des traumatismes. Ces expériences présentent une certaine diversité quant aux mécanismes mis en place pour réaliser des projets d'intervention et quant aux conditions qui peuvent influer sur ce processus. Elles comportent des projets d'intervention qui ont été élaborés sur une base intersectorielle, mais qui n'ont pas tous atteint le même degré de réalisation.

La première expérience implique une action intersectorielle au niveau local, entre des acteurs d'une municipalité de taille moyenne. Membre du Réseau québécois de Villes et villages en santé, la Municipalité a utilisé une des deux stratégies du développement préconisées par ce réseau, soit la formation d'un comité promoteur composé de représentants d'organisations publiques, comme point d'émergence de projets. Il était composé plus précisément de quatre représentants du secteur municipal (deux élus et deux fonctionnaires), de deux représentants du secteur de la santé (Département de santé communautaire et Centres locaux de services communautaires), de deux représentants du secteur de l'éducation (commissions scolaires francophone et anglophone), et d'un représentant du monde socioéconomique (Chambre de commerce). D'autres personnes se sont jointes au comité : des représentants de l'Université, du Cégep, de la Commission municipale du transport et du Centre d'emploi Canada. Cinq projets, priorisés par ce comité, ont été retenus aux fins d'analyse : « Un avenir sans toxique », « Action centre ville », « Habitat pour personnes âgées », « Dépistage et prévention des situations à risque » et « Piste cyclable ». Pour chacun de ces projets, le comité avait formé des groupes de travail, composés de personnes venant de divers secteurs d'activité, qui devaient l'actualiser. Certains de ces groupes ont réussi à implanter leur projet dans la municipalité, alors que d'autres n'y sont pas parvenus.

Les origines de la Politique alimentaire en milieu scolaire remontent à 1984; elle a impliqué des représentants de trois ministères, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, auxquels se sont joints des représentants d'une commission scolaire et d'un département de santé communautaire (DSC). Ces représentants ont formé un comité pour élaborer un projet de politique alimentaire pour l'ensemble de la province ainsi que des guides d'application. Des personnes qui ont représenté les ministères, la commission scolaire et le DSC ont été remplacées au cours du projet, mais les mêmes organisations sont

demeurées présentes au sein du comité. Les réalisations du comité se sont traduites par la publication d'un document d'orientation et des guides d'application. Un des ministères participants a également produit un document qui lui était propre.

Quant à l'expérience concernant la prévention des traumatismes, elle est à la fois intra et intersectorielle. Le dossier a été mené par le Comité provincial sur les traumatismes des DSC, qui a entrepris de multiples démarches pour mettre à l'agenda politique des actions pour prévenir les traumatismes, comme le port du casque de sécurité pour les cyclistes, l'amélioration du réseau routier, l'utilisation de sièges pour enfants dans les automobiles, l'obligation d'utiliser la ceinture de sécurité et l'installation de ballons gonflables pour les automobilistes, la réglementation sur les véhicules tous terrains, le contrôle des armes à feu, etc. Même si ce comité est d'abord intrasectoriel, car il n'incluait que des membres du réseau des DSC, il a préconisé des actions intersectorielles pour réaliser la plupart des projets.

2.1 Cadre d'analyse

Pour étudier les conditions qui ont favorisé ou non la réalisation de ces projets, la théorie des coalitions a été utilisée. Une coalition est composée de deux ou plusieurs acteurs, qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs pourvu qu'ils estiment qu'ils obtiendront ainsi plus d'avantages que s'ils ne faisaient pas partie de la coalition. Dans cette perspective, les mécanismes (comité promoteur, comité provincial, etc.) mis en place pour réaliser des projets d'intervention constituent une coalition d'acteurs. Cette coalition représente donc une condition préalable pour actualiser une action intersectorielle, et c'est pourquoi elle doit se maintenir dans le temps. Si l'on se rapporte à la théorie des coalitions (Gamson, 1961; Hinckley, 1981; Lemieux, 1991), cinq paramètres permettent d'apprécier l'existence ou non de conditions favorables au maintien de ce qu'il est convenu d'appeler une coalition d'acteurs qui, dans les cas à l'étude, est établie sur la base de l'intersectorialité : le mode d'organisation, les atouts que possèdent les acteurs et les avantages qu'ils peuvent espérer retirer de leur participation, les liens établis entre eux et le mode de décision préconisé.

Le **mode d'organisation** renvoie aux critères de sélection des membres, à la structure minimale du comité (les ressources matérielles, personnelles et financières), ainsi qu'aux règles du jeu qui influencent la situation et le comportement des acteurs. Les **atouts** concernent la distribution initiale des ressources entre les membres du comité. Selon les distinctions établies par Lemieux (1991), les atouts sont normatifs, positionnels, actionnels, relationnels, matériels, informationnels et personnels. Les atouts de type normatif renvoient aux valeurs que les acteurs cherchent à faire prévaloir dans les travaux du comité. Les atouts positionnels renvoient au statut et au pouvoir liés à un poste occupé dans leur organisation d'appartenance. Les atouts actionnels ont trait à la capacité des membres du groupe de faire poser à d'autres certains gestes. Les atouts relationnels renvoient à l'utilisation que peut faire un acteur de ses liens ou de ses contacts personnels ou professionnels. Les atouts matériels se rapportent aux ressources matérielles ou financières dont dispose un acteur. Les atouts informationnels renvoient à l'expertise que possède un acteur dans un domaine précis ou, encore, aux informations dont il dispose. Enfin, les atouts personnels concernent le charisme individuel d'un acteur et l'habileté à faire valoir son point de vue. De même, les **avantages** que chacun peut espérer retirer de sa participation aux travaux du comité peuvent être décrits à partir de la classification des ressources de Lemieux (1991). Les **liens** renvoient aux types de relations établies entre des personnes; ils peuvent être positifs, négatifs ou neutres. Le **mode de décision** a trait à la façon de prendre les décisions au sein du comité et aux règles (unanimité, majorité, etc.) qui sont utilisées pour cela.

Ces paramètres, ou regroupements de facteurs, ont permis d'analyser la composition et le fonctionnement des comités et des groupes de travail, mis en place dans le cadre des trois expériences québécoises. Les résultats de ces analyses mettent en lumière certaines conditions qui peuvent favoriser la réalisation de projets impliquant une action intersectorielle.

2.2 Les principaux résultats

Sur la base des paramètres de la théorie des coalitions, la composition et le fonctionnement des comités et des groupes de travail formés pour actualiser des projets d'intervention ont été analysés. Ceci a permis de mettre au jour des facteurs qui ont favorisé l'émergence et le maintien de ce qu'il est convenu d'appeler des coalitions d'acteurs.

Le **mode d'organisation** de la coalition apparaît comme le paramètre déterminant de la réalisation de projets impliquant une action intersectorielle. Les personnes qui ont formé les coalitions étudiées ont été choisies sur une base individuelle, entre des gens qui se connaissaient déjà, qui ont accepté de travailler à une cause commune. Cette façon de choisir les membres d'une coalition a été observée aussi dans le comité formé pour élaborer un projet de politique alimentaire en milieu scolaire, même si les processus et les procédures sont davantage formalisés au sein de l'appareil gouvernemental. Cependant, la composition de certaines coalitions, qui se sont maintenues, a eu tendance à se modifier au fil du temps, en se formalisant davantage.

Le fait que le projet soit supporté ou non par des élus (le rapport au politique), s'est révélé particulièrement déterminant. Une coalition à l'étude, qui avait négligé d'établir un lien avec les nouveaux dirigeants politiques pour obtenir leur appui, l'a appris à ses dépends. Dans d'autres cas, l'élu a fait partie du comité ou du groupe de travail. Lorsqu'il avait de l'influence dans son organisation d'appartenance, sa présence a été déterminante pour l'actualisation du projet. L'intérêt qu'il porte à la cause et sa capacité à convaincre les acteurs dans son organisation apparaissent comme des atouts à considérer pour choisir cet élu. Le lien avec le politique a parfois été assuré par un responsable administratif, qui représentait l'élu au sein de la coalition. Cette façon de choisir un représentant de l'élu a également été favorable pour le fonctionnement de la coalition. Dans une autre coalition, aucun membre ne représentait le politique, mais on s'est assuré d'obtenir l'appui de personnes qui représentaient les instances concernées.

Les coalitions, qui ont réussi à actualiser un projet, ont priorisé une intervention concrète et elles ont visé des objectifs précis à atteindre. De fait, lorsqu'une coalition poursuivait à la fois un objectif précis et un objectif plus abstrait (par exemple, la sensibilisation de la population), seul le premier était finalement traduit en un projet concret.

L'analyse a également mis au jour l'importance de maintenir un lien concret avec des acteurs ou des organismes visés ou intéressés par l'intervention. Dans les expériences où les acteurs terrain ont été impliqués dans la coalition, le projet lui-même a été conçu de manière à prendre en considération leurs préoccupations dans la définition opérationnelle de l'intervention et à s'assurer qu'il soit acceptable pour eux.

Le soutien des organisations d'appartenance a également favorisé le maintien des coalitions étudiées. De fait, ce soutien a permis d'assurer le minimum de ressources requises pour le fonctionnement des coalitions et le maintien de la motivation des participants. Parmi ces ressources, la présence d'une personne responsable de la coordination des projets a été un facteur déterminant pour assurer un lien entre les groupes de travail et le Comité promoteur de « Villes et villages en santé », de même que pour obtenir l'appui d'autres organisations pouvant contribuer à la réalisation du projet.

Les **atouts** regroupent aussi un ensemble de facteurs qui peuvent favoriser ou non le maintien d'une coalition d'acteurs. Dans les coalitions qui se sont maintenues, les membres avaient d'abord des atouts normatifs, mais aussi des atouts positionnels et informationnels. La croyance en la cause, l'influence reliée au poste occupé et l'expertise sont les atouts que possédaient les personnes qui ont participé à ces coalitions.

À l'intérieur d'une coalition, certaines personnes possédaient plusieurs atouts. Ces personnes croyaient en la cause, occupaient un poste au sein d'une organisation et possédaient une expertise à l'égard de l'objectif visé par le projet. Ces personnes ont souvent été des leaders au sein du comité ou du

groupe de travail. Les coordonnateurs des groupes de travail correspondaient d'ailleurs à ces caractéristiques et possédaient, de plus, des habiletés personnelles nécessaires pour exercer le leadership. Quant aux présidents des divers comités, ils se distinguaient par leur expertise particulière dans le domaine d'intervention.

Les coalitions qui se sont maintenues sont celles où chacun des membres avait des atouts complémentaires les uns aux autres. La combinaison de ces atouts faisait en sorte que la coalition pouvait miser sur les caractéristiques de ses membres pour réaliser le projet d'intervention.

Les **avantages recherchés** par les acteurs, qui ont décidé de travailler ensemble pour réaliser un projet, sont d'abord normatifs, mais ils ont également recherché des avantages positionnels et informationnels. Les avantages que les participants ont retirés (ou qu'ils ont perçu retirer) ont influé sur leur participation aux travaux menés à l'intérieur de la coalition. De fait, les personnes qui n'ont pas trouvé d'avantages à coopérer aux travaux des coalitions étudiées ont quitté après quelque temps. Des représentants, même s'ils étaient nommés par leur organisation d'appartenance, se sont également retirés sous prétexte qu'ils manquaient de temps ou de disponibilité.

C'est d'abord parce qu'ils ont cru en la cause (avantage normatif) que les individus ont accepté de participer aux travaux d'une coalition. Il importe de noter que, lorsqu'une coalition a eu tendance à se formaliser, les nouveaux membres recrutés ont recherché davantage l'occasion de faire avancer un mandat de leur organisation d'appartenance (avantage positionnel) ou encore de développer une expertise particulière (avantage informationnel).

Au sein d'une coalition, une distinction a été relevée entre deux groupes de représentants en ce qui a trait aux avantages recherchés. Les professionnels non rattachés aux ministères recherchaient surtout des avantages informationnels et personnels, alors que les représentants de ministères avaient des intérêts positionnels et informationnels. Des avantages personnels et normatifs étaient recherchés même par des personnes qui avaient été nommées par leur organisation d'appartenance pour participer à une coalition; les avantages recherchés s'intégraient néanmoins aux activités de leur organisation respective. Les avantages recherchés par les membres d'une coalition ont varié en outre d'une personne à l'autre, selon l'organisation qu'ils représentaient et, plus particulièrement, en fonction de la mission de cette organisation.

Les **liens** préalables à la formation d'une coalition ont été déterminants dans le cas des trois expériences étudiées. Le choix des membres de la coalition a été effectué la plupart du temps sur la base des connaissances personnelles et professionnelles. Les liens préalables sont en outre souvent à l'origine de la formation de sous-groupes à l'intérieur d'une coalition. Cette observation contribue à remettre en question un préjugé tenace, à savoir que les acteurs membres d'une coalition sont des êtres rationnels dont les décisions ne seraient motivées que par des gains économiques ou autres qu'ils retirent de leur participation. Finalement, les liens sont non seulement à la base du choix des partenaires, mais peuvent être déterminants pour actualiser un projet d'intervention.

Le **mode de décision** est le dernier paramètre qui a été considéré. Dans les coalitions qui se sont maintenues, la règle de décision qui a été préconisée a reposé sur la collégialité ou le consensus, c'est-à-dire que les décisions ont été prises après discussion entre les membres du comité ou du groupe de travail. À l'occasion, des procédures plus officielles (tels le vote, l'utilisation d'un groupe nominal ou la consultation de la population) ont été utilisées pour des dossiers plus litigieux ou plus complexes. Le type de leadership exercé par des membres a également été un facteur déterminant pour le fonctionnement de la coalition. Un climat de travail permettant que la collégialité s'exerce et que les conflits se règlent a, en outre, été favorisé par la présence d'une personne, notamment le président, capable de rallier les membres du groupe autour de préoccupations concrètes.

3. Discussion sur les conditions favorables à la réalisation d'une action intersectorielle

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 120) indique qu'il faut «favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ». De même, la Politique de la santé et du bien-être préconise une action intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Dans ce contexte, les régies régionales sont amenées à définir et à adopter des stratégies qui favorisent l'implication d'acteurs venant de divers secteurs d'activité, de manière à répondre aux exigences de la planification régionale.

Mais quels types de stratégie choisir? N'étant pas les seuls responsables de la santé et du bien-être, comment les régies peuvent-elles se positionner vis-à-vis de partenaires œuvrant dans d'autres secteurs d'activité? Doivent-elles agir comme des promoteurs qui sensibilisent les autres secteurs d'activité sur les effets possibles qui peuvent être associés à leurs décisions, en ce qui concerne la santé de la population? Doivent-elles se définir comme des experts qui disent aux autres quoi et comment faire? Comme des collaborateurs qui supportent et participent à des projets réalisés dans d'autres secteurs d'activité? Ces questions sont d'autant plus importantes que souvent les acteurs d'autres secteurs ne voient pas la légitimité de l'action des professionnels de la santé dans leur secteur d'intervention, ou encore qu'ils n'accordent pas à la santé et au bien-être autant d'importance qu'à leur secteur d'activité propre.

Pour définir cette stratégie, un certain nombre de facteurs doivent être pris en considération, de manière à se donner les conditions favorables à la réalisation de projets, dont la réussite repose précisément sur la collaboration d'intervenants venant de divers secteurs d'activité. Dans cette optique, l'émergence et le maintien des groupes formés sur une base intersectorielle apparaît comme une condition préalable à la réussite de la planification régionale. Il importe donc d'accorder de l'importance aux facteurs qui font que les gens acceptent ou non de coopérer à un projet commun, et d'y participer ou non de façon active, d'autant plus que la participation individuelle se fait souvent sur une base volontaire et, parfois même, bénévole.

Parmi les facteurs qui favorisent la participation, il y a la capacité d'influencer la décision et le fait de pouvoir en retirer des avantages. Aussi, les régies devraient-elles tenir compte du pouvoir relatif des différents acteurs en présence (du moins de leur perception à l'égard du pouvoir relatif de chacun) au moment de former un groupe de travail, qui peut être déterminant sur la qualité des échanges entre les membres. Il en est de même pour les avantages qu'ils peuvent retirer (ou qu'ils perçoivent retirer) de leur implication. Bref, il importe que les membres du groupe aient le sentiment qu'il existe une certaine équité entre eux, car ceux qui ne trouvent aucun avantage à coopérer ont tendance à quitter la coalition ou à moins s'impliquer, et ce, même si ce sont des personnes nommées par leur organisation d'appartenance. La compréhension de ces facteurs conduit à privilégier, dans la formation d'un groupe de travail, une stratégie qui favorise l'équilibre et le dialogue entre les membres, beaucoup plus que l'attitude d'un expert qui dicte aux autres quoi et comment faire. Elle révèle aussi l'importance de prendre en considération les différents points de vue des membres, plutôt que de les nier ou de les ignorer.

D'autres facteurs clés sont à considérer pour établir une stratégie efficace, à savoir les liens entre les participants et les modes de décision. L'existence de liens préalables entre les membres est souhaitable, ces liens doivent être autant que possible positifs, notamment pour que le consensus soit préservé et pour que la formation de sous-groupes ne puisse interférer sur le processus de décision. À cet égard, le mode collégial est à préconiser. La participation d'un leader habile, respectant les intérêts des acteurs en présence, capable de rallier les personnes autour de préoccupations concrètes, est également un facteur qui peut favoriser la résolution de situations conflictuelles. Il est néanmoins utile de prévoir des mécanismes de résolution de conflits de manière à résoudre les dossiers plus litigieux ou plus complexes.

Globalement, pour que les individus choisis agissent de façon convergente, il paraît nécessaire de miser sur la complémentarité des atouts, sur les avantages recherchés, sur les liens préalables, sur la collégialité ou sur le consensus dans la prise de décision, de même que sur le mode d'organisation qui favorise une orientation commune. Pour ce faire, les critères de sélection des membres sont déterminants, car ils visent à choisir des personnes qui, en plus de croire en la cause, possèdent des atouts positionnels ou informationnels, qui se connaissent, qui sont capables de travailler en équipe et, si possible, qui ont eu des expériences mutuelles de travail positives et qui partagent des intérêts communs. Il faut donc reconnaître que le statut n'est pas suffisant dans le choix d'un représentant d'une organisation. Ces critères suggèrent aussi l'intérêt d'un dialogue entre les partenaires pour le choix de leur représentant respectif. Ceci conduit à revoir une perception souvent répandue selon laquelle on ne doit pas s'impliquer dans la désignation d'un représentant, sans manifester de l'ingérence ou un manque de confiance.

D'autres facteurs liés au mode d'organisation sont à considérer, facteurs qui demanderont peut-être aux régies régionales une certaine flexibilité, d'autant plus qu'ils varient au cours de l'évolution d'un projet. De fait, il semble nécessaire d'établir un lien direct avec le politique, sinon avec une personne de l'appareil administratif, qui croit en la cause et qui a la capacité d'influencer les décisions auprès des élus. L'établissement d'un lien concret avec des professionnels du milieu d'intervention est également important, de manière à prendre en considération les divers points de vue des acteurs visés lors de l'émergence d'un projet d'intervention. Cette façon de faire permet en même temps de s'assurer que le plan d'action soit acceptable et réalisable. Finalement, la présence d'un coordonnateur, choisi en fonction de ses atouts, assurant les liens entre les différents groupes de travail et la régie régionale, de même que la contribution des organisations sont des facteurs qui peuvent favoriser la réalisation d'un projet sur une base intersectorielle.

Conclusion

Les régies ont un défi important à relever dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être. En effet, elles doivent actualiser la réforme à partir d'objectifs de santé et de bien-être, en planifiant des actions concrètes pour agir sur les déterminants, en collaboration avec des intervenants d'autres secteurs d'activité. Pour y parvenir, elles doivent innover, puisqu'il n'existe pas de modèle comparable, ailleurs dans le monde, sur lequel elles pourraient s'appuyer. De plus, la documentation sur l'action intersectorielle en santé est peu abondante. Les résultats des travaux présentés peuvent apporter une contribution à cet égard. Les enseignements tirés de la documentation sur les coalitions ont été utiles pour analyser trois expériences québécoises et peuvent être adaptés pour d'autres types d'applications, d'autres types d'alliances ou de partenariats, qu'ils soient sectoriels ou non.

D'autres expériences ont été étudiées et peuvent contribuer à la réflexion sur les conditions de succès d'activités de planification régionale. C'est le cas notamment de travaux sur les plans régionaux d'organisation des services (PROS). D'autres études devront cependant être réalisées, de façon à mieux cerner les conditions de succès de l'action intersectorielle et contribuer à une gestion plus efficace des coalitions. Des travaux, actuellement en cours, sur les processus de priorisation et d'allocation des ressources des régies régionales pourront être utiles pour comprendre la dynamique qui s'établit entre les acteurs. Finalement, la documentation sur les partenariats, les réseaux, la mise à l'agenda de politiques publiques, l'action communautaire, peut également fournir des pistes de recherches intéressantes.

Références bibliographiques

BOLDUC, N. et V. LEMIEUX (1992). *Les facteurs influençant la formation des coalitions*, Département de science politique, Québec, Université Laval.

BRUNTLAND, G. *et al.* (1988). *Our Common Future*. The World Commission of Environment and Development, New York, Oxford University Press.

FORTIN, J.-P., M. O'NEILL, G. GROLEAU, V. LEMIEUX, L. CARDINAL et P. RACINE. (1991. *Les conditions de réussite du mouvement québécois de Villes et villages en santé*, Unité de recherche en santé communautaire du CHUL et Université Laval, Québec, 123 pages.

FORTIN, J.-P., G. GROLEAU, V. LEMIEUX, M. O'NEIL et P. LAMARCHE (1994). *L'action intersectorielle en santé* (rapport synthèse), Université Laval et Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction régionale de Santé publique de Québec, 44 pages.

FORTIN, J.-P., G. GROLEAU, V. LEMIEUX, M. O'NEIL et P. LAMARCHE (1994). *L'action intersectorielle en santé* (rapport final), Université Laval et Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction régionale de Santé publique de Québec, 183 pages.

GAMSON, W. (1961) A theory of Coalition Formation, *American Sociological Review*, 26, 373-382.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon)*, Les Publications du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chap. 42.

HARNOIS, G., *et al.* (1987). Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec, Québec, *Comité pour la politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, 185 pages.

HINCKLEY, B. (1981). *Coalitions and politics*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 164 pages.

KICKBUSCH, I. (1989). *Good planets are hard to find*, Copenhague, FADL Publishers, Série des WHO Healthy cities papers, no. 5.

LEMIEUX, V. (1991). *L'utilité politique des rivaux*, Revue canadienne de science politique, XXIV : 4, décembre : 735-753.

MSSS (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 192 pages.

OMS (1977). *Promotion de la santé, une base de discussion sur le concept et les principes*; Copenhague OMS-Euro, 8 pages.

PEDERSON, A., *et al.* (1988). *Coordination des politiques publiques favorisant la santé*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, Direction de la promotion de la santé.

SPRINGETT, J. (1989). Intersectoral collaboration and the Liverpool Healthy City Project, Dissertation, M.A. in Health Service Studies, *Nuffield Institute for Health Service Studies*, University of Leeds, Liverpool, December, 134 pages.

SUNDSVALL, (1991). *Déclaration de Sunsdvall sur les milieux favorables à la santé*, Sundsvall, Suède, OMS et PNUD.

VEILLEUX, S. (1990). *La concertation intersectorielle, un exemple* : KINO-QUÉBEC, Essai de maîtrise en santé communautaire

Conclusion

Par Jean Turgeon

Au Québec, c'est en référant explicitement au concept de décentralisation administrative (fonctionnelle) que le gouvernement a inscrit, il y a maintenant 25 ans, la régionalisation dans le secteur sociosanitaire. Ce type de décentralisation s'apparente, comme l'a souligné précédemment Paul Lamarche, au concept anglais de « delegation » (Mills *et al.*, 1990). Il est distinct de la décentralisation politique (territoriale) qui représente la traduction du concept de « devolution ». En somme, la planification régionale dans le secteur des services de santé et des services sociaux s'inscrit dans le cadre d'une décentralisation administrative effectuée en grande partie, mais pas exclusivement, vers le palier régional.

En 1993, alors qu'il était directeur général à la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, Norbert Rodrigue indiquait qu' « il n'y a pas de régionalisation possible s'il n'y a pas rencontre d'une offre de régionalisation venant d'en haut et d'une demande de régionalisation venant d'en bas » (Rodrigue, 1993 : 2). Il en va de même selon nous d'une planification régionale que le législateur désire voir réaliser, non par le personnel d'un ministère de tutelle, en l'occurrence le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais bien par des instances régionales dûment mandatées.

Trois ans après les propos de Norbert Rodrigue, en se reportant aux textes présentés dans ce recueil et à quelques travaux réalisés sur le sujet (Bhérer *et al.*, 1986 ; Bozzini et Bourgault, 1992; Turgeon, 1993), un portrait sera esquissé des préalables à la régionalisation, c'est-à-dire de l'offre et de la demande de régionalisation, particulièrement en ce qui a trait à la planification du secteur sociosanitaire. Seront également examinés successivement les caractéristiques de la planification régionale, dont la principale devrait d'être participative, une typologie des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et enfin quelques défis que pose aux instances régionales ce type particulier de planification.

Préalables à la planification régionale

Du côté de l'offre de régionalisation venant du gouvernement, la situation s'est sensiblement modifiée depuis l'avènement de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* plus particulièrement depuis l'arrivée de Jean Rochon comme ministre de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs phénomènes marquants méritent d'être relevés.

Premièrement, rappelons le caractère encore artificiel de certaines régions. En 1991, le législateur a voulu remédier à ce constat du rapport de la commission Rochon (p. 171) en faisant passer le nombre de régions de 13 à 18. Les nouvelles régions sociosanitaires sont toutefois calquées sur les régions administratives du Québec. Ainsi, leur territoire ne correspond pas à un découpage issu de préoccupations d'ordre épidémiologique ou plus généralement sanitaire, comme ce pourrait être le cas, par exemple, si elles représentaient les territoires de bassins de desserte. Cela a pour effet de complexifier passablement certains exercices de planification régionale, par exemple, lorsque de 30 % à 40 % de la consommation de services s'effectue hors région.

Deuxièmement, et en corollaire au point précédent, la taille des populations régionales varie énormément : celle du Montréal métropolitain est de vingt fois supérieur à celle de la Côte-Nord. Cette situation fait en sorte qu'il faut parfois réaliser quelques pirouettes méthodologiques lorsque vient le temps de définir et de planifier les services de santé ou les services sociaux « supra-régionaux » : ceux de la Côte-Nord ne peuvent être définis comme ceux de la région de Québec.

Troisièmement, le gouvernement n'a pas encore bougé relativement au dossier de la main-d'œuvre médicale qui demeure très centralisé, même si les médecins sont responsables de 80 % des dépenses du secteur de la santé, un élément de planification non négligeable sur lequel les régies n'ont que très peu de prise.

Quatrièmement, le ministère de la Santé et des Services sociaux devra déterminer clairement les résultats attendus en lien avec la Politique de la santé et du bien-être du Québec, établir les balises indiquant la marge de manœuvre des RRSSS relativement aux choix des moyens à prendre pour atteindre les résultats de santé visés par cette politique. À ce jour, le gouvernement n'a pas jugé bon cependant de consulter la population québécoise sur son degré d'adhésion à l'idée que la décentralisation pourrait amener, comme le souligne Marc-André Maranda, des distorsions importantes entre les différentes régions du point de vue de la gamme des interventions qu'elles offriront en matière de services de santé et de services sociaux.

Cinquièmement, le Ministère délaisse peu à peu l'approche classique où il définissait une multitude de normes (provinciales) précises contenues dans de volumineux cahiers de réglementation. Bien que la déréglementation relative aux normes existantes tarde à venir, la manière de procéder pour l'avenir semble différente. Par exemple, comme l'a souligné Marc-André Maranda, un calcul de per capita sera fort probablement introduit dans le financement des régions.

Sixièmement, le Ministère est encore à chercher le point d'équilibre entre, d'une part, son rôle politique, essentiel, de lieu d'appel pour les établissements et la population, et d'autre part, son rôle administratif qui peut s'avérer rapidement envahissant pour les RRSSS. Il semble y avoir, chez certains fonctionnaires du Ministère, un intérêt très marqué pour suivre de près une foule de dossiers régionaux. Ces personnes semblent vouloir s'assurer personnellement que les régies prendront des décisions semblables à celles que le central aurait prises lui-même. Le texte de Jean-Louis Denis et ses collaborateurs sur l'expérience des PROS en santé mentale est éclairant à ce sujet : pour eux, compte tenu d'un processus d'approbation lourd de la part du Ministère, l'exercice s'apparente plus à un processus de déconcentration que de décentralisation.

Les trois derniers phénomènes relevés démontrent clairement que la planification régionale est tributaire d'un Ministère qui doit encore préciser son propre rôle et les limites de l'action qu'il entend mener.

Septième phénomène du côté de l'offre de régionalisation, malgré un financement centralisé du système, le gouvernement a confié pour la première fois en 1996-1997 un pouvoir de réallocation réel aux RRSSS. Avec l'arrivée de l'enveloppe budgétaire régionale, le gouvernement fait en sorte que les RRSSS ont maintenant à proposer et à réaliser les aménagements au réseau public régional des services de santé et des services sociaux.

Enfin huitièmement, jusqu'à maintenant le gouvernement a utilisé avec parcimonie les moyens contenus dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Québec, 1991) qui permettraient de contraindre l'action des RSSS. En effet, en plus des pouvoirs étendus d'approbation du Ministre, la loi conserve au gouvernement la possibilité d'intervenir par réglementation : cette section couvre cinq pages (art. 497-511). En ce sens, les RSSS sont toujours tributaires de la volonté des instances centrales de ne pas utiliser ces nombreux pouvoirs « potentiels ». Par conséquent, « la lourde épée de Damoclès suspendue au-dessus des RSSS (Bozzini et Bourgault 1992 : 107) » le demeure.

En somme, relativement à l'offre de régionalisation, les préalables à une planification régionale efficace sont nombreux. Certains sont déjà satisfaits, d'autres sont en voie de le devenir, d'autres encore ne sont pas abordés de front pour l'instant. Cela a pour effet d'influencer de manière plus ou moins importante la valeur des exercices de planification régionale.

Du côté de la demande pour une plus grande régionalisation, trois phénomènes peuvent être soulignés. En premier lieu, cette demande semble demeurer, pour l'essentiel, l'affaire des RRSSS. Le fait que, d'une part, le législateur leur a confié des pouvoirs importants dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et que, d'autre part, le MSSS se soit restructuré de manière à éviter tout lien direct avec les établissements place maintenant les régies dans une situation de force par rapport au réseau sociosanitaire régional.

En deuxième lieu, l'objectif de plusieurs établissements n'est pas de revendiquer « plus » de régionalisation, mais plutôt d'assurer une continuité dans le service au citoyen tout en préservant, dans le cas des CLSC notamment, leur mission propre.

Enfin, la régionalisation dans le secteur sociosanitaire s'inscrit elle-même dans un mouvement plus large de décentralisation régionale de l'ensemble de l'appareil d'État dont l'issue est incertaine car liée à l'avenir politique du Québec.

Au total, la demande de régionalisation semble surtout le fait des instances régionales elles-mêmes, encouragées par une offre vigoureuse du gouvernement. La demande pour une planification régionale ne provient pas des établissements, du palier local ou sous-régional, mais des paliers décisionnels « supérieurs ». Le caractère artificiel de certaines régions peut probablement expliquer, en partie du moins, ce phénomène. L'absence de cette demande sous-régionale, bien que ne constituant pas un préalable à un exercice de planification régionale, le rend plus périlleux, surtout que cette planification se veut participative, comme nous le verrons maintenant.

La planification régionale : un exercice de démocratisation

Très tôt, le Ministère a voulu que la participation soit inscrite dans les différents exercices de planification régionale. Par exemple, dans le secteur de la santé mentale, dès 1989 des représentants des différents types d'établissements concernés, des groupes socio-économiques de même que des organismes communautaires étaient invités à faire partie du comité tripartite des PROS en santé mentale. Soulignons que plusieurs CRSSS n'avaient pas attendu cette invitation pour mettre dans le coup la population ou les différents groupes concernés par la planification des services de santé et des services sociaux de leur territoire.

Cependant, comme le rappelle Jean-Louis Denis, la seule présence de la population, de ses représentants ou des organismes communautaires ne garantit en rien que la logique technocratique ne l'emportera pas au moment de la conception du plan régional. Comme l'indique également Mireille Tremblay, la planification régionale, si elle est acceptée comme exercice de démocratisation, ne sera pas sans effet sur les moyens proposés pour rationaliser. Elle rejoint en cela les propos de Jean-Louis Denis sur la logique de concertation permettant « de forger des hypothèses de structuration de services référant à des registres plus larges que ceux des experts ».

Ainsi, la participation, en particulier celle de la population, modifie le choix des approches et des méthodes utilisées pour réaliser l'exercice de planification régionale, tant sur le plan de l'élaboration des priorités, du plan lui-même, de son suivi que sur le plan de son évaluation. Or, cette logique participative se heurte à un problème de taille : les approches et méthodes les plus répandues sont souvent celles qui amènent à vérifier une norme. Par exemple, lors de l'étape de l'identification des problèmes et des besoins de santé, il peut être tentant pour l'instance régionale de se baser seulement sur des indicateurs sociodémographiques, sanitaires, d'utilisation, etc. La logique des experts amène souvent à cette vision réductionniste.

Toutefois, il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas de mettre de côté des outils de planification précieux qui ont fait leur preuve. Plutôt, il convient, comme le suggère Nicole Berthiaume, d'accepter le fait que les systèmes d'information ne permettent pas d'étayer suffisamment l'identification des besoins et le suivi de la planification, notamment des PROS. L'information doit donc être validée et complétée par des méthodes mettant les usagers, ou plus largement, la population à contribution. C'est ainsi que des méthodes basées sur une approche par recherche du consensus, comme celles proposées par Pineault et Daveluy (1995 : 226-246), devraient être plus systématiquement utilisées lors des exercices de planification régionale si l'on veut qu'ils s'inscrivent résolument dans la logique de concertation décrite par Jean-Louis Denis, et non dans une logique essentiellement technocratique.

Toutes les régies accepteront-elles de jouer le jeu de la planification participative ? À la section suivante, nous posons l'hypothèse qu'il existe différents types de RRSSS qui se comporteront différemment lors des exercices de planification régionale.

Planification régionale et types de RRSSS

Il ne faut pas croire que toutes les régies s'inscriront éventuellement dans une logique de concertation, de planification participative. Au contraire, l'analyse des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) a démontré qu'à partir des mêmes mandats confiés par le Ministère de 1971 à 1991, les 12 conseils régionaux avaient développé des personnalités différentes. Une typologie des CRSSS a déjà été proposée (Bhérer *et al.*, 1986). En s'inspirant de cette typologie et d'un exercice plus récent relatif aux RRSSS (Turgeon, 1993), quatre types de RRSSS sont proposés (figure 1).

Le **lieutenant autocrate** représente un type de RSSS dont l'action se situerait essentiellement comme un prolongement de celle du Ministère. Pas question de revendiquer quoi que ce soit : cette régie respecte la ligne hiérarchique. Relativement à la planification, elle préfère s'appuyer sur une logique technocratique, la sienne, approche qui, comme le souligne Jean-Louis Denis, « prétend contourner l'irrationalité affirmée des acteurs et de leurs interactions en mobilisant des techniques reconnues légitimes et neutres ».

Dans le cas des deux types suivants de RRSSS, une logique politique prend place lors de la planification. Il y aura des gagnants et des perdants, différents selon le type de régie. Le **lieutenant démocrate** a plus d'ambition que le précédent, tout en étant plus stratège. Il s'appuie fortement sur la population pour faire passer le message ministériel aux établissements, pour les contraindre à accepter sa vision. Au contraire, le troisième type, la régie **alliée des établissements**, joue le jeu de la concertation avec les établissements, sans trop se préoccuper de la population, souvent pour revendiquer contre le Ministère.

Enfin, l'**alliée de la région** représente le dernier type de régie. Elle désire s'associer à la fois avec la population et avec les établissements du territoire. Ce dernier type peut être subdivisé en deux catégories selon que la régie régionale prône l'opposition ou la concertation.

L'**alliée de la région qui prône l'opposition** défend exclusivement les intérêts de sa région face au palier central. Elle dit vouloir obtenir toujours plus pour « sa » population. Elle voudrait faire « plier » le Ministère, le gouvernement. Alors qu'auparavant certains conseils régionaux (CRSSS) avaient opté pour une telle position, il ne semble pas y avoir aujourd'hui de régies régionales adoptant cette stratégie. La seconde catégorie, l'**alliée de la région qui prône la concertation,** accepte la contrainte majeure que représente la diminution du budget régional à condition que le palier central lui concède une véritable marge de manœuvre lui permettant alors de reconfigurer elle-même le réseau sociosanitaire régional. Lors d'exercices de planification, ce type de régie visera à mettre en place des coalitions ponctuelles, en fonction du domaine ou de la problématique à planifier, des coalitions où les décisions seront prises de manière collégiale, son rôle se limitant à celui d'animateur. Comme Jean-Paul Fortin l'a souligné précédemment, une telle approche est particulièrement de mise lorsqu'une

collaboration intersectorielle est nécessaire à la réalisation d'un plan, ce qui est le cas de plusieurs problématiques relatives au secteur de la santé et des services sociaux.

Les régies régionales qui décident de s'inscrire dans cette dernière catégorie, de demeurer ou de devenir des alliées de la région prônant la concertation, ne manqueront certes pas de défis à relever. Nous avons relevé six de ces défis.

Les défis de la planification concertée

Le premier défi a déjà été relevé par Paul Lamarche et Marc-André Maranda précédemment : pouvoir garantir aux populations locales que leur participation à l'élaboration des différents exercices de planification fera réellement une différence. C'est là un engagement à ne pas prendre à la légère, la conséquence à moyen terme d'une « pseudo-participation » étant un désengagement généralisé et une diminution de la « demande de régionalisation », pour reprendre les mots de Norbert Rodrigue.

Le deuxième défi se situe dans le prolongement du précédent. Il concerne l'imputabilité de l'instance régionale. Au-delà de la participation arrive le moment de rendre des comptes. Cette question n'est pas simple dans le cas des régies en général. Elle est encore plus complexe dans le cas de la régie alliée de la région. Avec l'abolition récente des assemblées régionales, une forme originale d'imputabilité « vers le bas » est disparue. Cette disparition n'est probablement pas étrangère au fait que la plupart des RRSSS n'avaient pas su tirer profit de cette structure. L'imputabilité « vers le haut » demeure avec, d'une part, l'obligation de rendre des comptes au Ministre une fois l'an, de l'état des différents plans d'action et, d'autre part, celle de comparaître tous les trois ans devant la Commission parlementaire des Affaires sociales. À ce jour, ce dernier exercice n'a pas été l'occasion de véritables débats.

Le troisième défi consiste à s'assurer que la décentralisation ne se confine pas à l'intérieur des quatre murs de l'instance régionale, mais étend ses ramifications jusqu'au niveau des établissements et des professionnels du secteur sociosanitaire. En particulier, l'alliée de la région reconnaît l'importance du rôle et de la place des médecins dans tout projet de planification des services de santé.

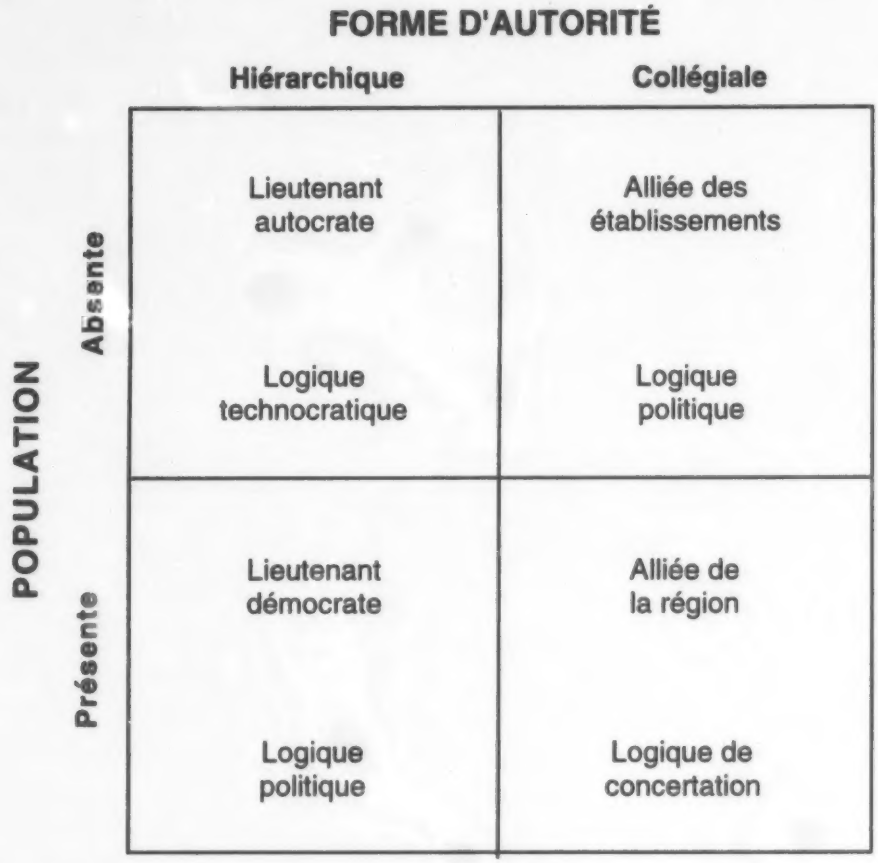
Quatrième défi : le passage d'une planification par type d'établissements à une planification par programme ou territoire devra se réaliser sans perdre de vue ce qu'il convient d'appeler les missions à « faible signal » de certains types d'établissement. Marc-André Maranda a signalé le cas des services de première ligne. Plus spécifiquement dans le cas des plans incluant la dimension de la continuité des soins, il y aurait lieu, comme le suggèrent certains auteurs (Walston *et al.*, 1995), de recourir à des formes moins contraignantes (partenariats, ententes de services, etc.) que l'intégration ou la fusion d'établissements, du moins tant et aussi longtemps qu'une formule gagnant-gagnant n'aura pas fait l'objet d'une concertation entre les différents partenaires.

Cinquième défi : ne pas se réfugier derrière les normes de type « Salomon ». Ce type de normes consiste, pour éviter de prendre une décision qui semblerait avantager l'une des parties, à vouloir subdiviser en part égale une enveloppe régionale relative à un programme ou à un élément de programme. Concertation n'est pas synonyme de complaisance.

Enfin, le dernier défi qui attend les régies alliées de la région optant pour la concertation lors de la planification est l'inclusion non seulement des intervenants des autres secteurs, par exemple les municipalités, l'éducation, l'environnement, etc., mais de leurs préoccupations propres. Jean-Paul Fortin a déjà souligné la nécessité de l'action intersectorielle dans le domaine de la santé et les défis qu'elle pose au réseau.

Comme nous pouvons le constater, le pari de la planification régionale n'est pas encore gagné. En fait, prétendre vouloir planifier les interventions dans un secteur aussi complexe que celui des services de santé et des services sociaux n'est-il pas un exercice utopique, voué dès le départ à l'échec ? C'est ce que prétendent certains tenants du libéralisme. Les auteurs de ce collectif estiment, pour leur part, que ce secteur peut se prêter à des exercices de planification, à tout le moins en ce qui a trait au présent et au court terme. En ce sens, la planification participative ne doit pas apparaître comme une panacée, mais bien plutôt envisagée comme la moins mauvaise des approches à notre disposition, une approche dont l'appareillage est imparfait, sans cesse en mutation. Penser autrement serait donner raison aux tenants du laisser-faire.

Figure 1 : Typologie des régies régionales de la santé et des services sociaux



Adapté de TURGEON, J. (1993) et inspiré de DENIS, J.-L. *et al.* (1996).

Références bibliographiques

BHÉRER, H., J. GODBOUT, L. BRASSARD, et J. TURGEON (1986). *Le miroir magique de la décentralisation*, Rapport de recherche, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 213 p.

BOZZINI, L. et J. BOURGAULT (1992). La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux, *Service social*, Sainte-Foy, vol. 41, no 2 : 87-114.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La politique de santé et de bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.

MILLS, A., J.P. VAUGHAN, D.L. SMITH et I. TABIBZADEH (1990). *Health System Decentralization. Concepts, issues and country experience*, Geneva, World Health Organization, 42 p.

PINEAULT, R. et C. DAVELUY (1995). *La planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 480 p.

QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (projet de loi 120 devenu le chapitre 42 des Lois du Québec), Québec, Éditeur officiel du Québec.

RODRIGUE, N. (1993). *Les conditions de succès de la régionalisation*, Sainte-Foy, Notes pour la conférence de N. Rodrigue lors du troisième colloque du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, Université Laval, 10 p.

TURGEON, J. (1993). *Les conditions de succès de la régionalisation des services de santé et des services sociaux. Soumission, révolution ou concertation? Les régions bientôt à la croisée des chemins*, Texte d'une conférence prononcée lors du troisième colloque du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, Université Laval, 16 p.

TURGEON, J. (1991). La valse-hésitation de la décentralisation, *Les actes du colloque « Journée-Contact »*, Rimouski, Conseil régional du Bas Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (éd.) : 81-92.

WALSTON, S.L., J.R. KIMBERLEY et L.R. BURNS (1995). *Owned Vertical Integration and Health Care : Promise and Performance*, Draftpaper, Philadelphia Wharton School.

Achevé d'imprimer en mars 1997
sur les presses de l'imprimerie
Reproduction de Québec inc.
à Québec

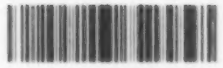
La réforme amorcée par la Commission Rochon, formulée dans les Orientations ministérielles de 1989 et instituée en 1991 par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux,* vise deux grands objectifs: démocratiser la santé et rationaliser les services.

Dans le contexte budgétaire actuel, il faut plus que jamais faire le point sur notre capacité à prendre les bonnes décisions. Concilier enjeux méthodologiques et politiques et maintenir l'équilibre entre les pouvoirs locaux, régionaux et provinciaux, voilà les principaux défis de la planification régionale.

Issu à la fois du monde de la pratique et de celui de la recherche, le présent ouvrage s'adresse à toutes les personnes intéressées à réfléchir sur les enjeux en cause tout en améliorant leur connaissance des outils disponibles et des conditions de réussite de la planification régionale.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES
PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

ISBN 2-551-17116-4



19,95 $